

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO  
Mestrado de Enfermagem em Saúde Materna e Obstetrícia

A INFLUÊNCIA DO EXERCÍCIO FÍSICO NA DEPRESSÃO PÓS-PARTO  
INFLUENCE OF EXERCISE IN POSTPARTUM DEPRESSION

Relatório de estágio orientado pelo(a) Professor(a) Doutor(a) Marinha Carneiro

Rosana Patrícia Benta André

Porto, 2017



## AGRADECIMENTOS

Percorrer este caminho na área da Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia foi sem dúvida, um dos melhores percursos que fiz na minha vida. A aprendizagem, o crescimento pessoal e profissional e todo o investimento aqui envolvido foi feito de coração, paixão e empenho. Com a certeza de que este caminho continuará mas em contornos diferentes, fechando agora uma janela, não posso deixar de escrever umas palavras de agradecimento.

Gostaria de agradecer à Professora Doutora Marinha Carneiro pela excelente forma como nos apoiou, incentivou e acompanhou ao longo deste tempo. Pela disponibilidade, o cuidado, a atenção e toda a ajuda possível que sempre ofereceu.

A todo o Serviço de Obstetrícia do CHPVVC pela disponibilidade e acolhimento. Por todo o profissionalismo e aprendizagens transmitidas, pelos conselhos, carinho, apoio e disponibilidade. Pela vossa amizade. Um orgulho! Em especial a ti Andreia, pela ajuda, disponibilidade e paciência.

Agradecer também a todos os casais e famílias que tive o prazer de cuidar, e que me ajudaram a crescer! Obrigada pela compreensão e disponibilidade.

Aos meus queridos pais! Que tornaram este sonho possível. Que estiveram sempre do meu lado, que deram sempre a maior ajuda e incentivo. Sou-vos grata!

Às minhas pequenas, que me brindam com a sua alegria, e que me dão carinho e força para lutar pelo que sou e pelo que quero.

E por fim, a ti... por tudo que significas. Por estares presente nos dias de mau feitio e de impaciência. Nos dias em que a força falta e a preguiça vem. Pelos dias de sacrifício. Pelo companheirismo, pelo incentivo, por acreditares em mim! Dedico-te muito mais que um obrigado!

## SIGLAS E ABREVIATURAS

ACOG – American College of Obstetricians and Gynecologists

APA – American Pediatrics Association

APP – American Academy of Pediatrics

BSG – Boletim de Saúde da Grávida

CHPVVC – Centro Hospitalar da Póvoa de Varzim e Vila do Conde

CTG - Cardiotocografia

EESMO – Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica

ESEP – Escola Superior de Enfermagem do Porto

IBFAN - International Baby Food Action Network

MESMO – Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

NICE – National Institute for Health and Care Excellence

NIHCM - National Institute for Health Care Management

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PTOG – Prova de Tolerância Oral à Glicose

RN – Recém-Nascido

OWH - Office on Women's Health

SMO – Saúde Materna e Obstétrica

SMOG – Saúde Materna Obstétrica e Ginecológica

TP – Trabalho de Parto

WHO – World Health Organization

## RESUMO

No sentido de expor e descrever as competências adquiridas ao longo do Estágio de natureza profissional, surge o presente relatório. Pretendemos assim evidenciar as competências que envolvem todo o ciclo vital e, mais especificamente, nas áreas da gravidez com complicações, trabalho de parto e parto e pós-parto. Na elaboração deste relatório pretendemos ainda refletir sobre as práticas e as intervenções realizadas, baseadas em evidência científica, para que o planeamento de cuidados fosse executado de forma personalizada. A transição para a parentalidade, no pós-parto, foi um dos momentos que requereu uma atenção pormenorizada, uma vez que a saúde mental da mulher é um dos pontos mais sensíveis e vulneráveis nessa fase. Segundo a Organização Mundial de Saúde, cerca de 10 a 15% das mulheres sofrem de depressão pós-parto. Com números tão significativos, e porque as consequências da depressão podem atingir proporções graves, suscitou o interesse em trabalhar algo relacionado com a temática. Nesse sentido, procedemos à elaboração de uma Revisão Integrativa da Literatura, de modo a compreender a influência da prática de exercício físico na gestão da depressão pós-parto. Relativamente a este estudo concluímos que a prática de exercício físico traz benefícios no que concerne à gestão e/ou atenuação de sintomas na depressão pós-parto. A promoção do bem-estar, o aumento de energia, a diminuição do *stress* e da ansiedade, são algumas das conclusões apresentadas. No entanto, fomentamos a necessidade da realização de mais estudos, com maior relevância científica.

Palavras-chave: Depressão pós-parto; Exercício físico; Processo de Cuidados do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica.

## ABSTRACT

### INFLUENCE OF EXERCISE IN POSTPARTUM DEPRESSION

In the sense of exposing and describing the competences acquired during the internship of a professional nature, this report appears. We intend to highlight the competences that involve the whole life cycle and, more specifically, in the areas of pregnancy with complications, labor and delivery and postpartum. In the preparation of this report we also intend to reflect on practices and interventions made, based on scientific evidence, so that the planning of care was executed in a personalized way. The transition to parenthood in the postpartum period was one of the moments that required detailed attention, since women's mental health is one of the most sensitive and vulnerable points at this stage. According to the World Health Organization, about 10 to 15% of women suffer from postpartum depression. With such significant numbers, and because the consequences of depression can reach serious proportions, has aroused interest in working something related to the subject. In this sense, we proceed to the elaboration of an Integrative Review of Literature, in order to understand the influence of the practice of physical exercise in the management of postpartum depression. Regarding this study, it is concluded that the practice of physical exercise brings benefits regarding the management and / or attenuation of symptoms in postpartum depression. The promotion of well-being, increased energy, reduced stress and anxiety are some of the conclusions presented. However, it is necessary to carry out more studies, with greater scientific relevance

**Keywords:** Postpartum depression; exercise; Midwifery Care

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>7</b>
<b>1. O CASAL GRÁVIDO: ADAPTAÇÃO À GRAVIDEZ E PARENTALIDADE NO ÂMBITO DA GRAVIDEZ COM COMPLICAÇÕES .....</b>	<b>10</b>
<b>2. CUIDAR A MULHER/CASAL NO TRABALHO DE PARTO E PARTO E O RECÉM-NASCIDO..</b>	<b>19</b>
<b>3. CUIDAR A FAMÍLIA APÓS O NASCIMENTO .....</b>	<b>32</b>
<b>3.1 Influência da prática de exercício físico na depressão pós-parto.....</b>	<b>49</b>
<b>3.2 Problema em estudo .....</b>	<b>50</b>
<b>3.3 Método .....</b>	<b>52</b>
<b>3.4 Resultados .....</b>	<b>54</b>
<b>3.5 Discussão .....</b>	<b>59</b>
<b>3.6 Considerações finais.....</b>	<b>61</b>
<b>4. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA ACERCA DO ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE.....</b>	<b>62</b>
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>64</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>66</b>

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Análise dos artigos a integrar a Revisão Integrativa da Literatura .....	58
--	----

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Prestação de cuidados às grávidas no decorrer do estágio.....	66
FIGURA 2 – Prestação de cuidados às puérperas e RN .....	66
FIGURA 3 – Experiências no contexto do TP e parto .....	66



## INTRODUÇÃO

O Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (MESMO) integra um estágio de natureza profissionalizante. Neste sentido, encontra-se implícita a elaboração de um relatório final de estágio que permita documentar um processo de aprendizagem, de crescimento pessoal e profissional, bem como de pesquisa científica para suportar todo este percurso.

Os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem em Saúde Materna Obstétrica e Ginecológica (SMOG, 2011) estiveram na base da aquisição destas competências, pois visam promover a reflexão do exercício profissional de enfermagem. Assim, foi com base nestas premissas que decorreu todo o percurso de aprendizagem.

Ao longo do estágio de natureza profissional tivemos intervenções em utentes e famílias que vivenciaram a gravidez com complicações, o trabalho de parto e parto e o pós-parto, tendo sido prestados cuidados personalizados centrados no casal/família.

Os desequilíbrios a nível da saúde mental têm um impacto significativo na vida da mulher/família, sendo que, uma em cada cinco mulheres experienciam situações de depressão ou outro distúrbio mental na gravidez e/ou pós-parto. Estas situações englobam muitas vezes compromisso nos cuidados, o desenvolvimento de complicações obstétricas, maior adesão ao consumo de medicação e/ou outras substâncias, influência negativa na interação entre mãe e filho, compromisso dos cuidados ao RN e ainda, levar a situações de suicídio e/ou infanticídio (Williams, 2014).

As necessidades do período pós-parto refletem-se em situações distintas na vida da mulher/casal/família, nomeadamente, nos aspetos físicos, psicológicos, sociais e económicos. A gestão das rotinas com o novo elemento e a capacidade de adaptação pode encontrar-se comprometida, levando a situações de crise. Preservar a saúde mental da mulher/família é uma preocupação dos profissionais, no sentido de detetar precocemente situações de risco, atuando em concordância (OE, 2015).

No decorrer do estágio do puerpério pudemos conhecer as famílias, assim como os seus hábitos de vida e as suas formas de estar. Facilmente se apercebe que, grande parte das utentes que chegam à instituição, são obesas e/ou com excesso de peso e não praticam exercício físico de forma regular. Como a prática de exercício físico se associa ao bem-estar, não só físico, mas também mental, refletimos acerca da intervenção neste sentido. Apesar

destas práticas serem incentivadas pelos Enfermeiros ESMO no âmbito dos CSP e em meio hospitalar identifica-se esta área como pouco explorada e com necessidade de intervenção. Apesar de realizadas as intervenções relativas à promoção da saúde, aquando a alta hospitalar, pretendemos compreender de que forma a prática de exercício físico poderia ser benéfica na gestão da depressão materna, no pós-parto. Problematicar acerca do papel do exercício físico na melhoria da qualidade de vida das puérperas/família tornou-se assim importante, na medida em que pretendemos melhorar e enriquecer a intervenção nos cuidados prestados.

Neste sentido, o relatório de estágio encontra-se organizado em quatro capítulos distintos. O primeiro é referente à prestação de cuidados ao casal/família na gravidez com complicações; o segundo evidencia a prestação de cuidados ao casal/família durante o TP e parto; o terceiro capítulo aborda a prestação de cuidados no âmbito do pós-parto. Inerente ao terceiro capítulo, procedemos à elaboração de uma Revisão Integrativa da Literatura face a um tema considerado pertinente na área de ESMO. E por fim, no quarto capítulo, evidenciamos as competências relativas ao estágio profissionalizante, bem como uma reflexão crítica das mesmas.



## 1. O CASAL GRÁVIDO: ADAPTAÇÃO À GRAVIDEZ E PARENTALIDADE NO ÂMBITO DA GRAVIDEZ COM COMPLICAÇÕES

A gravidez é uma fase da vida da mulher/casal que envolve mudanças não só físicas como emocionais. A vigilância pré-natal deve ser acessível a todos os casais grávidos, e tem como finalidade fornecer a informação necessária para que estes tomem as decisões que consideram serem as melhores (OE, 2015). Esta é vivenciada de forma individual e pode ser interpretada como uma oportunidade para a mudança de hábitos de saúde (DGS, 2016).

Associadas a estas mudanças estão também adaptações e transições no contexto pessoal, psicológico e social. Segundo Meleis (2010), a transição de uma situação não parental para parental visa mudanças pessoais e interpessoais, assim como o ajuste de pequenos sistemas que no seu conjunto vão trabalhar para receber um novo membro na família. Muitas vezes, estas adaptações não decorrem de forma saudável, sobretudo quando não são antecipadas, planeadas e desejadas. Salientamos que mesmo em contexto da gravidez o casal pode experienciar transições de saúde doença. É expectável que esta decorra dentro de parâmetros fisiológicos, sendo a doença, neste contexto, inesperada. Assim, numa mesma situação, podemos estar perante transições simultâneas. Neste sentido, os enfermeiros caracterizam-se como pontos-chave no suporte destas situações, prestando os cuidados necessários para que a família se adapte de forma completa e saudável.

Relativamente a este módulo, “Gravidez com complicações”, desenvolvemos competências em contexto de consulta de enfermagem e de internamento, tendo prevalecido as experiências em contexto de consulta. O desenvolvimento de competências implica a reflexão das práticas obstétricas, no sentido de aprimorar a qualidade dos cuidados. É neste sentido que pretendemos não só reunir as condições necessárias para realizar e aprender investigação, assim como trabalhar no sentido de desenvolver competências na prestação de cuidados especializados: evidenciarmos competências na prestação dos cuidados, na elaboração de diagnósticos e intervenções, na prestação de cuidados especializados à mulher/família na gravidez, parto e pós-parto, assim como aprimorarmos a vertente crítica na base da evidência científica (OE, 2011).

A vigilância pré-natal efetuada pelo EESMO tem como objetivo promover o bem-estar materno-fetal ao longo da gravidez, bem como prestar os cuidados à grávida e família.

Implica assim a deteção precoce de complicações e a identificação de fatores de risco que possam comprometer o processo de gravidez saudável (OE, 2011).

Como critérios para a vigilância da gravidez em consulta hospitalar consideramos: a consulta de patologia cardiorrespiratória, a hipertensão e a patologia renal, a patologia endócrina, as doenças hematológicas, as doenças autoimunes, com patologia associada (doença psiquiátrica, epilepsia...), as doenças infecciosas, a gravidez múltipla, a gravidez na adolescência e em idade materna avançada (Montenegro et al., 2014). Nestes casos específicos, os casais são encaminhados para o CHPVVC, e estas consultas são orientadas sempre por um EESMO em parceria com um obstetra, assim como com outros profissionais de saúde, quando necessário.

Sendo a diabetes gestacional e a hipertensão arterial as patologias mais abordadas, no âmbito da consulta de gravidez com complicações no CHPVVC, interessa debruçarmo-nos sobre as mesmas.

A diabetes gestacional caracteriza-se por uma intolerância aos hidratos de carbono adquirida e/ou detetada no decurso da gravidez. É identificada quando apresenta valores glicémicos intermédios entre os que são esperados na gravidez e os que superam os limites de diagnóstico na população em geral. A diabetes na gravidez, sendo uma situação mais grave que contempla a existência da diabetes prévia, exige uma vigilância mais rigorosa. Nas primeiras análises solicitadas na vigilância pré-natal é exigido uma glicemia plasmática em jejum. Dependendo dos valores que poderão ser  $\geq 92\text{mg/dl}$  e  $< 126\text{mg/dl}$  ou  $\geq 126\text{mg/dl}$ , será classificado como diabetes gestacional ou diabetes na gravidez, respetivamente. Se integrar o primeiro intervalo de valores, suspeitando-se assim de diabetes gestacional, entre as 24 e as 28 semanas a grávida realiza a Prova de Tolerância Oral à Glicose (PTOG). A prova consiste na ingestão de 75g de glicose diluída em cerca de 250-300 ml de água, sendo que a colheita sanguínea para avaliação da glicemia plasmática deve fazer-se às 0h, 1h e 2h. Se os valores na prova em jejum forem  $\geq 126\text{mg/dl}$  ou na 2ª hora  $\geq 200\text{mg/dl}$ , é diagnosticada diabetes na gravidez; se verificarmos valores alterados, mas inferiores aos referidos anteriormente, é diagnosticada diabetes gestacional (Couto et al., 2017).

Ensinar, instruir e treinar a grávida relativamente à autovigilância glicémica é preponderante para se adequar a melhor estratégia terapêutica. É recomendada a realização de quatro avaliações da glicemia diária, sendo uma em jejum e as restantes após as três principais refeições (Couto et al., 2017).

A terapêutica não farmacológica contempla a vertente nutricional, assim como a do exercício físico. Na maioria dos casais acompanhados na consulta, a gestão da diabetes

gestacional fez-se apenas através da terapêutica não farmacológica. Neste contexto, surge a necessidade de explorar pormenorizadamente a vertente da nutrição.

A alimentação na gravidez apresenta alguns parâmetros que requerem a nossa atenção. Atendendo à sua individualidade, a mulher deve optar por uma alimentação saudável e equilibrada, uma vez que as exigências nutricionais aumentam. Para a manutenção de um corpo saudável, assim como para a saúde fetal, as opções da grávida são determinantes. O ganho ponderal durante a gravidez deve ser vigiado para que casos extremos, como o aumento ou diminuição de peso, sejam devidamente acompanhados. Esta gestão atende à garantia da saúde materna e fetal para que possíveis complicações sejam evitadas.

A alimentação reflete as escolhas acerca dos alimentos que pretendemos ingerir, enquanto a nutrição se caracteriza pelo conjunto de processos responsáveis pela utilização dos nutrientes no nosso organismo, retirados da alimentação. Apesar das orientações para a alimentação e nutrição na gravidez não se diferenciarem muito do recomendado para a população em geral, entendemos que nesta fase existe maior necessidade de energia e nutrientes. Assim, dependendo do trimestre, a grávida deve adequar a sua alimentação, de forma a colmatar as suas carências.

No que concerne aos macronutrientes, encontramos na proteína um papel importante, não só na formação da placenta, como dos tecidos uterinos e ainda no desenvolvimento do feto. O seu consumo é suficiente quando falamos de uma dieta apropriada, contudo na gravidez, a sua biodisponibilidade aumenta promovendo o seu aproveitamento. Fontes proteicas como os laticínios e as leguminosas verdes e secas são uma boa opção. As proteínas de origem animal devem ser consumidas com moderação, até quatro porções por dia (DGS, 2015).

Os hidratos de carbono são a principal fonte de energia na gravidez. A glicose disponível destes alimentos é também fundamental para o desenvolvimento do feto. É aconselhada a ingestão de cerca de 4 a 8 porções diárias. Os cereais e seus derivados, os tubérculos, as leguminosas secas e as frutas são fontes de origem vegetal. É aconselhada a escolha de alimentos confeccionados sem farinhas processadas, privilegiando os integrais (DGS, 2015).

As gorduras, apesar de desempenharem um papel importante na alimentação, devem ser bem selecionadas. As de origem vegetal como o azeite, frutos secos ou outros óleos como o de coco, são opções mais interessantes do ponto de vista nutricional (DGS, 2015).

Importa também referir a importância das vitaminas e dos minerais. Apesar de recorrermos a suplementos vitamínicos na gravidez, é na alimentação que podemos

reforçar estas necessidades. O ácido fólico, o magnésio, o ferro, o zinco, a vitamina D, o cálcio e o iodo estão facilmente disponíveis em vários alimentos e cada um desempenha diferentes funções. Na consulta pré-concepcional é incentivada a toma de ácido fólico (400µg/dia) e iodo (150µg/dia) cerca de três meses antes (DGS, 2015).

Apesar da alimentação recomendada ser variada e equilibrada, existem alguns alimentos a evitar, nomeadamente, o consumo de lacticínios não pasteurizados, queijos mal curados, queijo fresco e requeijão, enchidos e fumados, alguns peixes (tamboril, tintureira, espadarte), carne e peixe mal cozinhados, patês e/ou legumes e frutas mal lavados/cozinhados. Uma hidratação adequada é também fundamental, pelo que é recomendada a ingestão de cerca de 2,3L de líquidos diários. Reforçamos ainda a questão da confeção e segurança dos alimentos. É imprescindível o cumprimento de aspetos relativos à higiene, conservação e preparação dos alimentos, sobretudo nas situações de maior risco. A informação deve ser transmitida de modo a que situações de doença de origem alimentar ou por alimentos contaminados seja evitada (DGS, 2015).

A grávida com diabetes gestacional requer uma atenção redobrada no que concerne à nutrição. As recomendações referidas anteriormente relativas à alimentação saudável na gravidez são a base das nossas intervenções/aconselhamento. Ainda assim, segundo o Consenso “Diabetes Gestacional” de 2017 a ingestão de hidratos de carbono deve ser incluída nas três refeições principais, lanches e ceia. A ceia deve contemplar hidratos de carbono complexos, de absorção lenta, de modo a evitar a hipoglicemia noturna e a cetose matinal. No âmbito da consulta de grávidas com diabetes gestacional verificamos que a maior dificuldade foi a escolha e a quantidade dos hidratos de carbono a ingerir. Assim, recomendamos a ingestão de cerca de 175gr de hidratos de carbono, por dia, pelo que foi importante estimar as porções adequadas de cada alimento. A sugestão de várias opções permitiu não só que a grávida escolhesse atendendo ao seu gosto, assim como permitiu que a alimentação não se tornasse monótona. O ganho ponderal deverá corresponder ao IMC, pelo que os planos alimentares devem ser personalizados (Couto et al., 2017).

Atendendo à frequência do contacto com estes casais verificamos que é com o enfermeiro que, na maioria das vezes, estes casais colocam as suas dúvidas. Das experiências vivenciadas, muitos casais procuraram falar sobre as possíveis alternativas alimentares, assim como as quantidades dos alimentos e os intervalos entre as refeições. O conhecimento aprofundado destas questões tornou-se relevante no sentido de podermos dar resposta ao que procuravam. As alternativas alimentares, hoje em dia, são imensas, pelo que a criatividade poderá ser a melhor aliada neste contexto.

Na consulta de enfermagem reconhecemos que as nossas intervenções ajudaram a adaptação da grávida a esta nova condição. Em todos os momentos de consulta, promovemos um diálogo simples e esclarecedor, de forma a incentivar a grávida no cumprimento do plano de cuidados. Compreendemos que a mudança de hábitos deverá ser aceite e implementada de forma gradual e, por isso, exploramos o plano alimentar (elaborado pela nutricionista) com a utente, de modo a ajustar conforme as suas necessidades/preferências. Estratégias como a partilha de receitas saudáveis, assim como a interpretação dos rótulos de alguns produtos frequentemente consumidos, tornaram-se uma forma interessante de incentivar a adesão ao regime terapêutico. Explorar a relação dos valores da glicemia face à ingestão de certos alimentos em determinada altura do dia, demonstrou-se uma boa estratégia. A ajuda na interpretação dos valores glicémicos promoveu a reflexão de certas atitudes, fomentando assim a mudança.

Constatamos que, no seio da população que maioritariamente rodeia o CHPVVC, os mitos e a pressão familiar em torno da alimentação na gravidez torna-se uma barreira. Estratégias como convidar alguns membros familiares significativos para a consulta, resultou positivamente na sensibilização para os cuidados a ter, face aos riscos materno-fetais inerentes a esta patologia. A obesidade e a opção por escolhas alimentares menos saudáveis, é uma realidade presente. Também a questão cultural influencia estas opções, assim como a recetividade de certas intervenções. Temos o exemplo da etnia cigana, com a qual contactamos frequentemente, e que se revela difícil na adesão de certas atitudes terapêuticas. Relembramos algumas destas experiências, sendo que a adaptação das intervenções ao seu quotidiano foi a melhor opção. Compreendemos que alcançar ganhos em saúde nestas populações, por pouco que seja, é sempre uma conquista importante.

Ainda no contexto da diabetes gestacional, não só trabalhamos as questões nutricionais como incentivamos a prática de exercício físico. Está recomendada a prática de pelo menos 30 minutos de marcha diária, preferencialmente no período pós-prandial (Couto et al., 2017). Da experiência em contexto de consulta, apesar de terem sido realizadas estratégias no sentido de promover esta prática, nem sempre se verificou. A população local ainda se revela muito sedentária e com pouca disponibilidade para incluir a atividade física no seu dia-a-dia. No decorrer das consultas executadas, talvez as caminhadas tenham sido a modalidade mais frequentemente escolhida.

Relativamente à terapêutica farmacológica dispomos de experiências distintas. O recurso aos antidiabéticos orais e/ou à insulina é proposto pelo obstetra sendo que, nesta última, contemplamos os ensinamentos relativos à administração da insulina, bem como a preparação correta das doses.



Independentemente do método selecionado para a gestão do regime terapêutico, a intervenção relativa à realização das pesquisas de glicemia capilar, manuseamento da máquina e posterior interpretação dos valores é sempre realizada na primeira consulta.

As intervenções no âmbito da gestão do regime terapêutico, exigiram muita disponibilidade para com o casal. Na consulta de enfermagem verificamos algumas situações em que aceitar e compreender a importância da adesão ao regime terapêutico foi complicada. O compromisso com a implementação de novos hábitos para os quais não estavam sensibilizados foi, em alguns casos, uma tarefa árdua. O registo das pesquisas, o cumprimento do plano alimentar e a prática de atividade física exigem, por vezes, mudanças diárias não compatíveis com a logística do casal/família. A nossa intervenção, no âmbito da consulta, centrou-se em pequenas estratégias que podem resultar, como: colocar um alarme para lembrar as horas das pesquisas de glicemia capilar; a elaboração de um quadro com os valores de referência fácil de transportar na carteira; a sugestão de pequenos-almoços completos e que podem ser preparados no dia anterior; sugestões de marmitas para quem almoça no trabalho; a implementação de 30 minutos de atividade moderada como uma caminhada com as amigas e/ou um passeio com os filhos.

Como referido anteriormente, as questões culturais e a pressão familiar podem não facilitar a adesão ao regime terapêutico. Assim, foi importante explicar todo o processo, bem como os riscos inerentes para a mãe e para o feto. Informar que o risco de hipóxia neonatal, as anomalias de crescimento fetal e as alterações no volume do líquido amniótico, assim como morbilidades respiratórias, anomalias congénitas, ocorrência de hipoglicemia e trauma no parto são mais frequentes. A longo prazo, existe ainda maior predisposição para o desenvolvimento de diabetes tipo 2, obesidade e problemas cardiovasculares. Por outro lado, os riscos maternos associam-se a maior probabilidade de desenvolver hipertensão arterial, parto traumático e/ou cesariana, e a longo prazo, maior predisposição de desenvolver diabetes tipo 2. É importante conhecer os casais, explorar quais os seus gostos e hábitos, no sentido de proporcionar alternativas com as quais se sintam confortáveis (DGS, 2017).

Relativamente à hipertensão arterial, esta surge como uma das complicações da gravidez mais frequente e com a qual contactamos em contexto de consulta de enfermagem e também no internamento. A tensão arterial é um indicador do bem-estar materno, sendo que a sua avaliação é imprescindível. A hipertensão arterial é caracterizada como leve se os valores se encontrarem entre 140/149 mmHg de sistólica e 90/99 mmHg de diastólica; moderada se valores 150/159 mmHg de sistólica e 100/109 mmHg de diastólica; ou ainda severa se  $\geq$  160 mmHg de sistólica e  $\geq$  110 mmHg diastólica. O

risco acresce quando se encontram associados outros sintomas tais como: a presença de proteínas na urina e/ou edemas generalizados (NICE, 2011).

A hipertensão arterial na gravidez pode classificar-se como crónica, se ocorre previamente à gravidez, ou gestacional, se detetada pela primeira vez na gravidez, após as 20 semanas de gestação. Quando associada a outros sintomas como a proteinúria, poderá ser classificada como pré-eclâmpsia ou eclâmpsia (Montenegro et al., 2014).

As doenças hipertensivas na gravidez são uma das maiores causas de morbilidade e mortalidade materno-fetal. Eleva-se o risco de parto prematuro, morte in útero, recém-nascidos pequenos para a idade gestacional, descolamento precoce da placenta normalmente inserida e parto distócico por cesariana (Mammaro et al., 2009).

Quando detetamos alguma situação anómala, o contacto com as grávidas torna-se mais frequente em contexto da consulta de enfermagem. Perante a necessidade de monitorização da pressão arterial diária e com o intuito de verificar a necessidade de ajuste terapêutico e/ou internamento hospitalar, foi incentivada a avaliação da mesma no domicílio ou noutra unidade de saúde.

O envolvimento do casal nestas situações é imprescindível para que possam colaborar nos cuidados. A consciencialização da situação que vivenciam, assim como a importância dos sinais de alarme são aspetos trabalhados em todas as consultas. A atuação não farmacológica passa pela nutrição, pelo exercício físico, pela gestão da ansiedade e pelo repouso (Haruna et al., 2014).

Na vertente nutricional, abordamos aspetos relativos ao consumo de sal e foi incentivado o recurso a ervas aromáticas nos temperos. Foi igualmente reforçado que o consumo de molhos industriais, enlatados, aperitivos salgados, produtos de charcutaria e salsicharia, caldos e/ou frutos gordos, salgados deveria ser evitado. O consumo de cafeína e/ou de bebidas estimulantes deve ser restrito, uma vez que os seus efeitos no desenvolvimento do feto ainda não se encontram bem estabelecidos. Contudo, recomendamos o consumo de cafeína até cerca de 200 µg/dia, que equivale a dois cafés expresso (DGS, 2015).

Aconselhamos também a toma de suplementos nutricionais como magnésio, ácido fólico, e antioxidantes (Vitaminas C e E). Contudo, a restrição do consumo de sal e a ingestão de suplementos nutricionais de forma isolada não está indicada como ação preventiva numa gravidez saudável (NICE, 2011).

A gestão do peso foi recomendada sobretudo nestes casos. Também a alternância de períodos de repouso e a atividade foram discutidos individualmente. Sugestões como o recurso à acupuntura e/ou imaginação guiada têm surgido como opções benéficas (Haruna

et al., 2014). Em algumas situações estas hipóteses foram sugeridas, ainda assim, apenas os casais familiarizados com a medicina tradicional chinesa, demonstraram interesse em experimentar.

Importou na vigilância que fizemos despistar possíveis situações mais graves, como a suspeita de pré-eclâmpsia e/ou eclâmpsia. Nos casos experienciados, realizamos o encaminhamento dos casais para a urgência, para que fossem observados por um obstetra a fim de solicitar as análises e verificar o bem-estar materno-fetal.

Na gravidez as expectativas e a transição para a parentalidade são aspetos que envolvem muitas mudanças do foro emocional. Na sequência da gravidez com complicações, inevitavelmente, a vertente psicológica é afetada. A ansiedade e o *stress* dominam os sentimentos destes casais e, sabemos que, níveis persistentes de hormonas como o cortisol podem influenciar posteriormente o desenvolvimento do feto, assim como o decorrer do trabalho de parto. Fetos desenvolvidos nestas condições têm maior probabilidade de atraso no crescimento e de possuírem níveis mais baixos de dopamina e serotonina. Algumas das nossas intervenções, neste sentido, passaram pelo apoio emocional, pela promoção da escuta ativa e pela informação clara acerca da sua condição. Assim, garantimos a participação ativa do casal, promovendo o seu bem-estar e a satisfação (RCOG, 2012).

Das experiências adquiridas, as grávidas internadas foram submetidas a tratamento farmacológico, aconselhadas ao repouso relativo e/ou absoluto e com vigilância do bem-estar materno-fetal, através de ecografia e cardiotocografia. As intervenções autónomas, para além das interdependentes, vai além dos procedimentos técnicos. Auxiliar na gestão da ansiedade, aconselhar e mostrar disponibilidade demonstrou-se importante. Verificamos igualmente que devido à relação empática construída no internamento, promovemos cuidados mais personalizados. O casal e família fomentam assim ligações de confiança que são a ponte para contactos posteriores, nomeadamente, no pós-parto.

De um modo geral, constatamos que a ocorrência de gravidez com complicações implica a gestão de várias intervenções de enfermagem. A gravidez é encarada como uma vertente da saúde onde não há morte nem doença. Contudo, sabemos que nem sempre isso acontece. O casal deve ser preparado com expectativas realistas acerca da situação que vivenciam. Devem ser igualmente esclarecidos os caminhos possíveis para o contorno da situação e quais as intervenções necessárias. Muitas vezes, o cerne da questão está sobretudo no conteúdo e na forma como as informações são transmitidas, assim como nas estratégias que escolhemos em determinado caso.



## **2. CUIDAR A MULHER/CASAL NO TRABALHO DE PARTO E PARTO E O RECÉM-NASCIDO**

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2015, p.13), “o enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica cuida da Mulher durante o trabalho de parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extrauterina”.

Em contexto de estágio, a prestação de cuidados no trabalho de parto (TP) e parto foi realmente o que despertou maior sentido de curiosidade e responsabilidade. Além de ser o culminar de espera de aproximadamente 40 semanas, trata-se de um momento muito idealizado, esperado, receado, sendo cada vez mais planeado pelo casal/família. Este processo exigiu de nós maior atenção e responsabilidade proporcionando inúmeras experiências enriquecedoras.

Designa-se por TP todo o processo fisiológico que decorre desde a dilatação do colo uterino até à expulsão do feto para o exterior. É caracterizado, essencialmente, por quatro estádios distintos: o primeiro compreende o início da dilatação cervical até esta se encontrar completa; o segundo, caracterizado pelo período expulsivo, que termina com o nascimento do recém-nascido; o terceiro estágio é onde se dá dequitação e o quarto, que se refere ao período de hemóstase e recuperação materna (Lowdermilk e Perry, 2008; Graça, 2010).

No CHPVVC cada sala está preparada para acompanhar o casal em todo o TP e parto, sendo que dispõe de condições físicas bem estruturadas, quer a nível de espaço, quer a nível de equipamentos. A reanimação neonatal, se necessária, é realizada dentro ou fora das salas de parto, pressupondo a avaliação e a decisão por parte dos profissionais que assistem ao nascimento.

O acolhimento do casal grávido no bloco de partos é sempre realizado por um EESMO, sendo que, se pretende facilitar a adaptação do casal ao espaço físico, durante o trabalho de parto, e demonstrar os recursos dos quais poderão dispor até ao nascimento. A avaliação da parturiente realizada pelo EESMO é uma prioridade quando esta chega ao serviço, não só através da avaliação física, mas também pela entrevista e a recolha de dados importantes, como por exemplo, no Boletim de Saúde da Grávida (BSG). A

comunicação com o casal grávido foi importante, na medida em que construímos logo no acolhimento um ambiente de empatia e confiança (Lowdermilk e Perry, 2008). O facto da equipa de EESMO do serviço alternar o local onde trabalha, permite contactar com os casais durante todas as fases, seja durante a gravidez (em consultas), nas intervenções de preparação para o parto e/ou parentalidade, no trabalho de parto e parto ou no puerpério, permitindo assim, que se estabeleça um elo de ligação mais forte, que deixa os casais mais confortáveis logo desde o início.

O processo da gravidez, que culmina com o nascimento, é um período que se caracteriza pela reorganização pessoal e familiar, entre outras tantas mudanças, onde a construção de expectativas é inevitável. A expectativa em relação ao parto é construída de certa forma por todas as mulheres, apresentando contudo, formas e realidades distintas. Estas expectativas criadas podem influenciar, positiva ou negativamente, a qualidade e a experiência do TP. De uma forma geral, a ansiedade, o medo, a insegurança, o pânico e o nervosismo estão entre as emoções mais referidas pelas parturientes (Souto, 2015).

O plano de parto é uma realidade do CHPVVC, sendo que os casais que o desejam são acompanhados previamente em consulta para a sua elaboração. Encontramos os planos de parto no bloco de partos, devidamente organizados numa capa, estando ao dispor dos EESMO para consulta e análise, aquando da admissão do casal, para que os cuidados sejam devidamente planeados. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2006), vários estudos têm demonstrado que a elaboração do plano de parto pelo casal proporciona uma maior autonomia e sentimento de controlo perante o desenrolar do TP. Em contexto de estágio, surgiu a oportunidade de acompanharmos casais que o elaboraram, verificando-se que os EESMO/equipa médica mobilizaram esforços no sentido de respeitarem as escolhas pretendidas. A criação de expectativas ao longo da gravidez por parte do casal, face ao TP e nascimento, poderá ser um ponto facilitador. Emerge assim a necessidade de criar expectativas realistas na vivência destes processos para que a compreensão e aceitação dos mesmos seja facilitada, uma vez que ao TP se associam, muitas vezes, acontecimentos imprevisíveis. Denota-se que os casais são alertados aquando da elaboração do plano de parto sobre as variadas circunstâncias que envolvem o processo de um TP, no sentido de assegurar o bem-estar materno e fetal.

Consideramos fundamental a possibilidade da parturiente receber suporte de uma pessoa significativa durante o TP. Segundo a OMS (2016) a presença de uma pessoa significativa no TP traz benefícios para a parturiente, uma vez que oferece suporte emocional, psicológico e pode colaborar na adoção de estratégias não farmacológicas para o controlo do desconforto no trabalho de parto, como a massagem ou o rebozo. No serviço

do CHPVVC é possível a presença dessa figura significativa, sendo que, é a parturiente quem escolhe a pessoa que deseja ter ao seu lado permanentemente. A ligação pai-filho foi um foco das nossas intervenções, sendo que Pousa (2013, p. 48) refere que a participação do pai neste contexto “é o culminar de todo o seu investimento emocional durante a gravidez”, sendo que estes momentos partilhados “de cumplicidade e reconforto são insubstituíveis”. Contudo, a presença permanente do pai, não deve ser obrigatória, podendo este entrar e sair sempre que o desejar.

Antes da admissão a parturiente é avaliada, pelo EESMO ou pelo Obstetra. A avaliação do Índice de Bishop, através do toque vaginal, permite-nos perceber se a parturiente se encontra já em trabalho de parto, e auxilia-nos no planeamento dos cuidados mais adequados a realizar posteriormente (Leduc et al., 2013).

A realização da avaliação tocológica foi um dos procedimentos que nos permitiu avaliar a progressão do TP. Quando o executamos, sabemos que é um procedimento delicado, que pode causar desconforto e influenciar a vertente emocional e psicossocial da parturiente (RCOG, 2012). O recurso abusivo a este procedimento não traz benefícios relativamente à saúde da parturiente e do feto, pelo que não deve ser executado rotineiramente (Downe et al., 2013). Em contexto de estágio a avaliação tocológica foi sempre realizada no sentido de avaliar a progressão do TP.

Os registos foram uma parte crucial do nosso trabalho, pelo que preenchemos em suporte de papel o partograma associados aos registos nos programas SClinico e Obscare. O partograma, além de conter a informação inicial relevante, permite observar graficamente a relação temporal entre a dilatação do colo uterino e a descida do feto, assim como permite detetar situações anómalas de forma antecipada (Graça, 2010). Foram realizados registos em suporte digital, e após a primeira avaliação da parturiente foram formulados os devidos diagnósticos de enfermagem, assim como planeamento dos cuidados.

Considera-se que o TP se iniciou quando há presença de contrações uterinas dolorosas e frequentes que resultam na extinção e dilatação do colo uterino (Graça, 2010).

Como referido anteriormente, o recurso à avaliação do Índice de Bishop, na admissão da parturiente, permite-nos formular um de dois diagnósticos: “Potencial para TP” ou “TP presente”. Quando a parturiente ainda não se encontra em TP efetivo, procede-se à maturação cervical e indução do trabalho de parto. Estas intervenções, a serem realizadas, necessitam de indicações válidas, tais como: a preservação do bem-estar materno e fetal; se existem riscos na progressão da gravidez; se existe alguma patologia associada; se há restrição de crescimento intrauterino; oligoâmnios em gestação de termo, ou gravidez sem complicações de 41 semanas. Como contra-indicações salvaguardam-se as situações que

englobem antecedentes de duas ou mais cesarianas anteriores, ou outros fatores que impossibilitem um parto vaginal. Desaconselha-se a indução do TP em gestações de 39 semanas sem motivo aparente (DGS, 2015).

Entende-se por indução do TP o uso de medicação ou outros procedimentos que desencadeiem o trabalho de parto (ACOG, 2012). O método farmacológico utilizado para a maturação cervical é a dinoprostona (dispositivo vaginal de libertação lenta, gel ou comprimidos intravaginais), sendo que para a indução do TP é utilizado o misoprostol (oral ou comprimidos intravaginais) ou a ocitocina endovenosa. Na indução do TP é aconselhada a monitorização cardiotocográfica contínua, sendo que no contexto prático esta é cumprida, interrompendo-se apenas se a parturiente demonstrar vontade em se deslocar ao wc, ou terminado o tempo de efeito do fármaco, se for o caso (DGS, 2015). De salientar que, apesar disso, houve sempre preocupação em permitir a liberdade de movimentos da parturiente, através da sugestão de posicionamentos, deambulação, uso da bola de pilates, da dança e do recurso à telemetria.

O recurso à amniotomia para a indução do TP também é frequentemente utilizada. A rutura das membranas amnióticas é responsável pela libertação de prostaglandinas que favorecem a contratilidade uterina (ACOG, 2012). Segundo recomendações da WHO (2011), o recurso à amniotomia por si só não é aconselhada para indução do TP. Uma revisão da literatura realizada por Bricker e Luckas (2012), através da *Cochrane Databases* concluiu igualmente que não existe evidência científica que suporte a indução de TP com recurso à amniotomia, contudo, a realização da mesma em associação à perfusão ocitócica tende a ter resultados significativos. Das experiências vivenciadas, o recurso à amniotomia foi frequentemente utilizado quando existiam condições favoráveis, tais como, colo uterino com dilatação igual ou superior a 4 cm e a apresentação no 3º, 4º plano de Hodge. O recurso à ocitocina em simultâneo, foi considerado caso a caso.

O TP apresenta duração de tempo variável e pode ser ainda influenciado por certos fatores, tais como, a multiparidade, o uso de analgesia por via epidural, o peso e tamanho do feto, peso materno, entre outros (Neal et al., 2010). Assim, o tempo dedicado à dilatação cervical pode demorar várias horas, sobretudo se é um TP induzido, ou se a parturiente é admitida numa fase inicial de TP.

Em associação a este estadio, é nosso foco de atenção a “Dor do TP”. A dor no TP pode ter intensidades diferentes e variar ao longo do tempo, contudo, é influenciada por fatores psicológicos e psicossociais. Existem estratégias farmacológicas e não farmacológicas para ajudar no alívio da dor, sendo que as primeiras são solicitadas, na maioria das vezes, por todas as mulheres. De uma forma geral, as estratégias não farmacológicas são as mais



seguras, uma vez que não estão descritos efeitos adversos nas condições maternas e fetais. A analgesia por via epidural assegura o alívio da dor, mas acarreta outras consequências como a hipotensão, a retenção urinária e o bloqueio motor (Jones et al., 2012).

Neste sentido, são promovidas estratégias para alívio da dor, e denota-se um investimento por parte da equipa de saúde nas estratégias não farmacológicas. Intervenções como: “Ensinar a aliviar a dor do TP com estratégias não farmacológicas”, “Ensinar sobre a dor do TP”, “Encorajar o auto -controlo da dor”, “Assistir a identificar estratégias de alívio da dor do TP”, “Ensinar sobre estratégias não farmacológicas” e “Treinar estratégias não farmacológicas para aliviar dor do TP”, foram algumas das intervenções executadas, de forma a apoiar a parturiente nesta fase do TP. Algumas parturientes encontram-se mais recetivas do que outras na realização das estratégias não farmacológicas, tendo sido respeitada qualquer que fosse a sua vontade. De uma forma geral, recorremos sobretudo ao incentivo da deambulação, posicionamento e respiração com todas as parturientes e, nas que se encontravam mais recetivas, incentivamos o uso da bola de pilates (que está disponível em cada uma das salas), da *peanut ball*, da massagem (com bola se preferissem), do rebozo, da música e da hidroterapia. Em contexto de estágio, incentivamos as parturientes na utilização das técnicas com as quais se sentiam mais confortáveis, disponibilizando e explicando cada uma delas. Salientamos uma das experiências mais interessantes, cujo casal pretendia um parto sem recurso a estratégias farmacológicas, permitindo-nos o acompanhamento na utilização de todas as estratégias referidas acima, sem exceção, direcionando as intervenções conforme as preferências e o feedback que recebíamos. Foi uma experiência única e gratificante, na medida em que o nosso envolvimento nestas situações foi extremamente importante, e sentimos que o nosso elo de ligação com o casal aumentou consideravelmente, quando estabelecemos uma relação empática, favorecendo a satisfação dos mesmos.

Não só na fase de dilatação cervical, mas também na fase do período expulsivo, a liberdade de movimentos/posicionamento foi sempre incentivada e escolhida pelas parturientes. Encorajar a parturiente a movimentar-se e a adotar a posição que considerasse mais confortável, foi uma das nossas intervenções (The National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2014). De uma forma geral, verificamos que as parturientes adotavam com maior frequência a posição de semi-sentada, talvez porque esta escolha é a mais expectável e aquela que, de uma forma geral, é transmitida às mulheres como sendo a posição para parir (RCOG, 2012). As posições no leito, que requerem a parturiente deitada, são aquelas que as utentes adotavam de forma mais frequente, no entanto, existem vantagens significativas na adoção das posições verticais. As

posições verticais, promovem um segundo estágio do trabalho de parto mais curto, com menos recurso a partos instrumentados e à execução de episiotomia, mas podem, no entanto, serem responsáveis por uma maior perda sanguínea. O uso da monitorização fetal, as perfusões endovenosas e o recurso à analgesia por via epidural, podem condicionar o uso destas posições de forma mais recorrente (RCOG, 2012).

Em contexto de estágio verificamos que mesmo estas condicionantes podem ser contornadas, no sentido em que podemos manter a vigilância cardiotocográfica ou a perfusão endovenosa em posições verticais. Durante o estágio incentivamos e sugerimos às parturientes para que experimentassem novas posições, oferecendo total liberdade de movimentos. Neste sentido, explicar e demonstrar a lógica da adoção de certas posições, bem como os seus benefícios, ajudou a que as parturientes colaborassem e se sentissem mais confortáveis.

Intervenções como a gestão do ambiente, informar sobre o TP, bem como o apoio durante o TP demonstraram ser fundamentais para que as parturientes fossem recetivas às nossas sugestões (RCOG, 2012).

No bloco de partos do CHPVVC, a posição semi-sentada foi a mais utilizada. Contudo, um número significativo de partos, foram realizados na posição lateral e na posição de cócoras com o recurso ao banco de parto. Fazendo um balanço destas experiências de parto, evidenciamos sobretudo o uso da posição lateral, verificando-se uma grande vantagem, uma vez que possibilita um aumento da amplitude da bacia, favorecendo a descida da apresentação fetal. Contudo, dada a inexperiência, nesta área específica, existiram algumas dificuldades relacionadas com a execução de determinadas manobras associadas à técnica do parto.

Em relação aos partos assistidos no banco, permitiu-nos uma experiência extraordinária, pela possibilidade de estabelecer uma relação de confiança com a mulher/casal, numa forma de fazer nascer diferente, ou seja, com a parturiente empoderada. Em termos de vivência, revelou-se uma posição na qual se evidencia a atitude expectante pelo profissional em relação à descida fetal e ao esforço mobilizado pela mulher/casal nesta fase, garantindo a concretização de práticas obstétricas seguras. De facto, os partos assistidos no banco foram vividos de forma muito emocionada, quer pelos casais, quer pelos próprios profissionais. No entanto, nesta posição verificaram-se alguns episódios de perda sanguínea aumentada, com repercussões no tipo de cuidados, aquando do 4º período de trabalho de parto.

Independentemente da posição adotada e/ou as estratégias utilizadas para o controlo da dor no TP, não pode deixar de haver de forma contínua e/ou intermitente a

monitorização fetal, para que possamos sempre garantir o bem-estar fetal. Qualquer alteração ao padrão de bem-estar fetal, durante o TP auxilia-nos a adequar as nossas intervenções (ACOG, 2011). O bloco de partos dispõe em cada sala de um equipamento de cardiotocografia, que conta com um doppler de monitorização do padrão de frequência cardíaca fetal, e uma sonda para monitorização da atividade uterina. Quando detetamos que existe um padrão de frequência cardíaca fetal não tranquilizador, optamos por estratégias como recolocação da sonda, ou mudança de posição materna para melhorar a oxigenação fetal. Se a situação se mantém, solicitamos a intervenção médica, no sentido de promover uma tomada de decisão multidisciplinar (ACOG, 2011).

A monitorização fetal contínua pode ser necessária em alguns casos, mas na maioria das vezes poderá prejudicar a mobilidade materna. A cardiotocografia intermitente assegura igualmente o bem-estar fetal, podendo a parturiente se movimentar e adotar diferentes posições nestes intervalos. O uso de uma ou outra opção, deve ser ponderado caso a caso (Alfirevic et al., 2017). O recuso à telemetria dá resposta a estas duas necessidades, sendo possível uma monitorização contínua, ao mesmo tempo que permite a mobilidade completa de movimentos e posicionamento maternos. O serviço dispõe de duas salas com telemetria, que a aplicamos quando a consideramos vantajosa, e conforme o comportamento e a personalidade das parturientes. Optamos o seu uso em parturientes que recorreram maioritariamente à deambulação e/ou à liberdade de movimentos em detrimento de outras que se sentiam mais confortáveis no leito. De um modo geral, recorreremos à monitorização fetal intermitente, exceto nos casos em que não foi possível.

Além do bem-estar fetal, também foi nossa preocupação o bem-estar materno. Neste sentido, disponibilizamo-nos para corresponder a todas as suas necessidades durante o TP, monitorizando igualmente os sinais vitais em cada turno e sempre que considerarmos necessário. Uma das questões mais relevantes relativamente ao conforto da parturiente prende-se com a questão da ingestão oral durante o trabalho de parto.

Em algumas culturas a ingestão oral é incentivada para que a mulher consiga corresponder às exigências físicas do TP. Entretanto, surge a questão do aumento do risco de aspiração se houver necessidade de recorrer ao uso de anestesia geral. No entanto, com o evoluir das técnicas anestésicas, este risco diminuiu abruptamente, verificando-se que não existem benefícios relativamente à restrição de fluidos orais e/ou sólidos em mulheres de baixo risco se necessitarem de anestesia (Singata et al., 2013). Neste contexto prático, verificamos um incentivo por parte das enfermeiras especialistas relativamente à ingestão de líquidos e gelatina durante o trabalho de parto. Muitas vezes foi suscetível de discussão e com pouco consenso entre os diferentes membros da equipa multidisciplinar, embora a

evidência científica apresente resultados muito consensuais quanto a esta questão. Consideramos que a avaliação realizada face à condição materna e fetal nos oferece segurança suficiente para decidirmos de que forma devemos intervir.

O “Risco de infecção” foi outro foco do nosso interesse, uma vez que a realização de intervenções invasivas poderão ter influência neste processo. A colocação de cateter venoso periférico, o esvaziamento vesical, a rutura artificial de membranas e o toque vaginal, foram exemplos de intervenções que contribuíram para que este risco estivesse presente. O risco de “Retenção urinária” também foi foco da nossa atenção, sobretudo após a colocação do cateter por via epidural. Assim, a parturiente foi incentivada a urinar com frequência, mas existiram contudo, situações em que essa percepção se encontrava diminuída. Aquando o segundo estágio do trabalho de parto, foi por vezes realizado o esvaziamento vesical, para que a bexiga cheia não fosse impeditiva da descida do feto, prevenindo igualmente possíveis traumatismos da uretra, aquando dos esforços expulsivos (NICE, 2014).

Relativamente aos esforços expulsivos, iniciam-se frequentemente quando a parturiente está perante uma situação de dilatação cervical completa. Sandstrom et al. (2016) referem que o segundo estágio do trabalho de parto se divide numa fase passiva e noutra ativa, sendo que esta última se caracteriza pelas contrações expulsivas aliadas aos puxos maternos. A duração deste período até à expulsão fetal pode ser variável, sendo que as recomendações defendem que poderá ser superior a 2 horas (sem epidural) ou 3 horas (com epidural) tendo ainda em conta as variáveis específicas, como a progressão do trabalho de parto, a posição fetal, e as intervenções realizadas.

Em contraste com o contexto prático, verificaram-se em algumas situações, a precipitação de certas atitudes como a insistência nos esforços expulsivos, aquando da dilatação completa sem a parturiente referir sensação de puxo, ou seja o reflexo de Ferguson presente. Um estudo elaborado por Lemos et al. (2011) referem que a liberdade dos padrões respiratórios associados aos esforços expulsivos e às necessidades instintivas têm melhores resultados no período expulsivo do que quando estes são impostos e controlados pelos profissionais de saúde.

Incentivar os esforços expulsivos apenas quando a mulher refere vontade de puxar, contribui para a diminuição do tempo em que a parturiente se encontra a puxar, reduzindo o recurso aos partos instrumentados e menores situações de fadiga materna, que contribui consequentemente para manter o bem-estar materno e fetal (Lai et al., 2009).

Consideramos que das experiências obtidas, a parturiente só era incentivada a puxar na presença do reflexo de Ferguson. Também o incentivo da adoção de certas posições

para facilitar a mobilidade da bacia e assim a descida do feto, promovendo a liberdade de movimentos, encurta o tempo de esforços expulsivos.

Quando a parturiente começava a puxar, era informada da importância do relaxamento e da técnica de respiração entre as contrações uterinas. A adoção de certas medidas de conforto foram oferecidas, como a ingestão oral de líquidos, compressas molhadas ou alguma estratégia que servisse de leque quando sentissem calor. A parturiente colocava-se na posição que considerava mais confortável e era incentivada a adotar outras posições que pudessem facilitar a progressão do feto, desde que se sentisse bem.

Relativamente à execução da técnica do parto, a realização das manobras preconizadas esteve presente.

No que concerne à realização da proteção do períneo, aquando do coroamento, foi um dos aspetos mais relevantes a refletir. A proteção perineal realiza-se no intuito de prevenir lacerações perineais, contudo, a evidência científica demonstra que a eficácia da sua aplicação não é o esperado. Autores como Rozita et al. (2014) através de um estudo onde se propunha analisar uso do método “Hands on” vs “Hands off” concluíram que a não colocação das mãos no períneo resulta no decréscimo do recurso da episiotomia assim como, da incidência de lacerações de terceiro grau, sendo considerado seguro optar por esta “intervenção”. Também um estudo da Cochrane realizado por Aasheim et al. (2011) defende que apesar do uso do método “Hands off” reduzir o recurso à episiotomia, o uso de compressas de água quente a nível perineal, na fase do período expulsivo e/ou recurso à massagem perineal diminuem significativamente o trauma do períneo.

O recurso à episiotomia está associado a consequências como a dispareunia e/ou dor perineal, o enfraquecimento da musculatura pélvica, entre outras. O seu uso rotineiro está desaconselhado, sendo o seu uso ponderado caso a caso. Mais uma vez, o recurso a estratégias como a aplicação de calor no períneo, ou a mudança de posição materna era incentivada, sendo que promovem a distensão perineal dos tecidos, permitindo que estes se ajustem à medida que o feto se exterioriza (Barradas e Salgueiro, 2012). Consideramos a percentagem de episiotomias realizadas no CHPVVC de 6,05%, no período compreendido entre dezembro de 2016 e abril de 2017 (período referente ao estágio no BP), sendo que a maioria delas foi realizada na execução de partos instrumentados. Da experiência em contexto de estágio, o recurso à prática da episiotomia apenas foi realizada uma única vez, em quarenta partos realizados, sendo que o recurso a outras estratégias foi sempre privilegiado. As lacerações de terceiro e/ou quarto grau não ocorreram.

Ainda no segundo estágio do trabalho de parto, importa abordar outras experiências diferentes, nomeadamente, as emergências obstétricas. No que concerne a este tipo de situações salientamos a ocorrência de distócia de ombros.

Ainda que exija a aplicação de manobras obstétricas específicas para a sua resolução, as causas de distócia de ombros ainda não se encontram bem definidas. Existem alguns fatores de risco identificados para este tipo de situações, como a macrosomia fetal, a diabetes gestacional, o parto instrumentado, ou história obstétrica anterior onde se tenha desenvolvido a mesma situação (Marques e Reynolds, 2011). Apesar das situações observadas terem sido escassas, denotamos que estas ocorreram em circunstâncias muito distintas, assim como o seu grau de gravidade. Salientamos que o sinal mais evidente da distócia é o descrito como o “sinal de tartaruga” que, quando identificado, nos fez atuar com recurso à manobra de McRoberts.

Relativamente à execução desta manobra levantaram-se outras questões em contexto clínico: “Será que a mudança de posição materna tem impacto significativo na resolução destas situações?”, “A manobra de McRoberts não é mais do que a posição de cócoras quando a mulher se encontra numa posição vertical, porque não a utilizar?”. Ainda que a ocorrência de emergências obstétricas seja uma realidade, elas não ocorrem com frequência, pelo que as experiências vivenciadas nestes contextos foram escassas.

Ainda no contexto da sala de partos, mas centrando-nos na fase após o nascimento, focamo-nos nos cuidados imediatos ao RN. Uma das questões mais suscetível de discussão no seio multidisciplinar, que surgiu em contexto da prática, relacionou-se com o tempo do corte do cordão umbilical. De uma forma geral, a maioria dos autores preconiza que o corte do cordão umbilical não seja realizado precocemente, ou seja, antes do primeiro minuto (exceto em presença de situações que o exijam) (WHO, 2014; NICE, 2015; ACOG, 2017). Na prática, denotou-se uma franca preocupação dos profissionais para que isso acontecesse, de modo a que os benefícios do corte tardio do cordão umbilical possam estar assegurados, tais como, a subida dos níveis de hemoglobina e consequentemente o aporte de ferro, menor incidência de enterocolite necrosante e melhor adaptação circulatória (WHO, 2014)., verificando-se ainda que não há maior risco materno de hemorragia pós-parto (WHO, 2014).

Observamos que uma pequena parte de profissionais da saúde está preocupada com o corte tardio do cordão umbilical (superior a 1 minuto), pelo risco de policitemia e a necessidade posterior de fototerapia, pela concentração elevada de hemoglobina. O que a evidência científica defende é que estes riscos são mínimos e irrelevantes, face aos benefícios do corte tardio do cordão umbilical (ACOG, 2017). É da responsabilidade dos

profissionais explicar previamente ao casal os prós e os contras acerca deste assunto, deixando que estes escolham o que pretendem na altura do parto e respeitando essas mesmas decisões, desde que esteja garantido o bem-estar materno e fetal. Quando ocorre uma emergência, uma cesariana ou por indicação médica podem estas questões não serem correspondidas como o pretendido, contudo, sempre que possível, estas são respeitadas.

Uma das políticas da equipa da saúde é promover em todos os casos o contacto pele a pele e a amamentação na primeira hora de vida após o nascimento, como é preconizado pela OMS (2016). À exceção dos casos em que há alguma emergência obstétrica, da decisão de não querer amamentar ou algum motivo que seja impeditivo da realização destas práticas, verifica-se que o CHPVVC possui uma taxa de 100% na realização destas intervenções, sendo que todos os profissionais estão sensibilizados e trabalham para este fim. No caso de ser realizada uma cesariana, a possibilidade de o recém-nascido realizar contacto pele a pele com o pai é colocado à disposição, sendo que ainda não se verifica uma atitude muito comum nos casais que acolhemos.

Relativamente à realização dos cuidados imediatos ao RN, que contemplam os procedimentos invasivos e as avaliações antropométricas, foi dado tempo ao casal e ao recém-nascido para que permanecessem em contacto pele a pele o tempo que desejassem. Salientam-se ainda algumas experiências em que a amamentação na primeira hora de vida ocorreu ainda em contacto pele a pele. A decisão de prestar os cuidados ao RN, mais ou menos tarde, é realizada com consenso entre o casal e o profissional da saúde. Dentro das experiências vivenciadas também foi curioso a crescente procura dos casais na não realização de procedimentos invasivos na prestação dos cuidados imediatos. Das experiências vivenciadas destacamos a questão relativa à administração da vitamina K, pois alguns casais alegam preferir a administração da vitamina k oral invés da intramuscular. Recorrendo à pesquisa bibliográfica, existe uma concordância unânime na preferência da vitamina k por via intramuscular, uma vez que a sua eficácia é maior (AAP, 2003; López et al., 2011). Estas questões são sempre colocadas aos pais, sendo sempre prestados os devidos esclarecimentos e informação. A decisão da não administração da vitamina K requer que seja assinado o devido consentimento.

Ainda como recomendação da OMS (2012), a administração da vitamina k intramuscular deve ser feita na primeira hora de vida, tendo ainda especial atenção para os casos de trauma no parto, RN que necessitem de intervenções cirúrgicas ou que foram expostos ainda no útero materno a medicação que interfere com a coagulação, pois sofrem maior risco de hemorragia.

De todas as circunstâncias práticas e técnicas que envolvem o nosso desempenho na sala de partos, sentimos uma atmosfera carregada de emoções que nos envolveu na prestação de cuidados ao casal e à nova família que ali se constitui.





### 3. CUIDAR A FAMÍLIA APÓS O NASCIMENTO

No contexto do módulo autocuidado pós-parto e parentalidade, desenvolvido no serviço de puerpério do CHPVVC, adquirimos e desenvolvemos conhecimentos e competências de diagnóstico e intervenções de enfermagem, de modo a prestar cuidados especializados à puérpera, RN e família, assim como apoiamos o processo de transição e adaptação nesta nova fase.

Segundo a OE (2015), o período do puerpério compreende as seis semanas após o parto, sendo este caracterizado pela regressão das alterações ocorridas na gravidez, quer sejam do foro físico e/ou psicológico. Compreende ainda uma fase vulnerável, propícia a situações de crise, uma vez que as adaptações que esta transição exige nem sempre ocorrem de forma saudável.

Para Meleis (2010, p. 11) “Transitions are triggered by critical events and changes in individual or environments”. Assim, a conceção dos cuidados de enfermagem deve ser estruturada neste sentido, de forma a proporcionar à família uma experiência positiva dessa mesma transição. A mesma autora caracteriza ainda esta transição como desenvolvimental, onde a mulher/casal passam a desempenhar outro tipo de papel na sociedade, com outras responsabilidades, exigindo várias adaptações no seio familiar. A tomada de consciência e a aceitação da tríade deve ser abordada logo na gravidez, de forma a promover uma adaptação gradual, adequada e saudável, que se reflita posteriormente no período pós-parto.

O suporte familiar no período pós-parto funciona para a mulher/casal como um alicerce importante, uma vez que é na família que mais se recorre no que concerne à necessidade de ajuda, conforto e também de conselhos (Barbosa et al., 2005). Contudo, a questão dos mitos e das crenças que envolvem o seu ambiente familiar e social influenciam diretamente as ações dos casais (Morris et al., 2014). Em contexto de estágio foi-nos possível executar planeamento de cuidados tendo em conta estes aspetos, com intervenções como incentivar o envolvimento da família, sendo importante que todos cooperassem no mesmo sentido. Ainda no âmbito das crenças e dos mitos, surgiu a questão da multiculturalidade, tendo sido uma das experiências vivenciadas ao longo do estágio. Verifica-se um aumento do fluxo migratório existente, exigindo que a enfermagem transcultural se torne um ponto-chave na prestação de cuidados (Vilelas e Janeiro, 2012).

Assim, a competência cultural pretende que sejamos capazes de compreender as diferenças culturais e deste modo dirigir e adequar os cuidados (Vilelas e Janeiro, 2012). A comunicação e a transculturalidade tornaram-se um grande desafio para o planeamento e implementação dos cuidados a estas famílias. Compreender e comunicar com as diferentes famílias e as suas culturas foi uma preocupação, tendo sido frequente o recurso a diferentes estratégias de modo a adaptar os cuidados, como por exemplo, o uso de ferramentas *online* para que ajudasse na tradução ou a colaboração de uma pessoa significativa que atuasse como tradutora. Uma das experiências que consideramos mais relevante foi com uma puérpera deficiente auditiva, cuja comunicação verbal se encontrava comprometida. O recurso à linguagem não-verbal e escrita para transmitir o pretendido foram estratégias utilizadas para podermos corresponder às necessidades desta família. As crenças relativas aos cuidados à puérpera e ao RN também exigiram estudo e permanente atualização dos planos de cuidados no sentido de prestar cuidados transculturais (Vilelas e Janeiro, 2012).

O acolhimento do casal no serviço de internamento de puerpério, onde ficam alojados nas próximas, pelo menos 48 horas, foram momentos ricos em emoções. Neste primeiro contacto a empatia e a forma como os recebemos foi importante, na medida em que transmitimos simpatia, segurança e disponibilidade. Neste sentido, a comunicação surge como uma ferramenta fulcral nos cuidados de enfermagem, pois é através dela que criamos uma relação terapêutica eficaz e efetiva com o casal/família (Ferreira, 2006). Passamos a ter mais do que um utente em simultâneo, pois cuidamos da família.

O RN é recebido na unidade, onde dispõe de um berço, sendo privilegiado o “rooming-in”, proporcionando que a mãe e o RN fiquem juntos 24 horas por dia fomentando a sua vinculação (WHO, 2013). Ainda assim, e porque se entende que o apoio do companheiro/convivente significativo é essencial, promotor de experiências positivas, permite-se a sua presença permanente durante todo o internamento. Esta prática possibilita não só que a puérpera se sinta acompanhada e acarinhada pelo companheiro, bem como evidencia a importância do papel do pai que colabora e se relaciona com o seu filho (RCOG, 2011).

Em contexto de estágio verificamos uma valorização do papel do pai por parte de todos os profissionais de saúde, sendo que o envolvimento, a interação e o incentivo para a sua participação nos cuidados fizeram parte das nossas intervenções. Ao longo do internamento promovemos o desenvolvimento das suas competências, assim como a sua participação em todos os momentos sempre que possível. Segundo o RCOG (2011) envolver os pais traduz-se em fatores positivos, tais como, a adaptação saudável à parentalidade, a

diminuição da ansiedade familiar, a promoção da saúde mental da puérpera, bem como o sucesso da amamentação.

O planeamento de cuidados no contexto do puerpério deve ter em conta fatores relevantes inerentes à gravidez, intraparto e pós-parto imediato, de modo a prestar cuidados especializados (NICE, 2014). Neste âmbito, interessa-nos refletir nas intervenções que executamos desde que recebemos a puérpera/casal no internamento, até à alta clínica.

Os internamentos são normalmente de curta duração, sendo que, de uma forma geral, as mulheres de parto eutócico e/ou distócico por ventosa ou fórceps permanecem internadas 48 horas, as puérperas de parto distócico por cesariana, permanecem 72 horas. Após 2 horas de puerpério imediato (realizado ainda no bloco de partos), procedemos ao acolhimento do casal no internamento (Graça et al., 2010). Na admissão do casal iniciamos o contacto com a nossa apresentação, demonstramos os recursos da própria unidade e a sua organização e explicitamos de que forma são estruturadas as rotinas e qual o horário de visitas estipulado.

Aquando do acolhimento, no caso de ser um parto vaginal, focos como “Hipotensão”, “Retenção urinária”, “Perda sanguínea” e “Infeção” requereram a nossa vigilância imediata. Estes focos permitem que as nossas intervenções sejam implementadas no âmbito da vigilância e prevenção de possíveis complicações, através da avaliação da temperatura, pressão arterial, involução uterina, perda sanguínea, e vigilância da eliminação vesical (Lowdermilk e Perry, 2008).

No caso de parto distócico por cesariana, independentemente da hora em que ocorre, estas puérperas são acolhidas de imediato na unidade de internamento. Nestas a vigilância dos sinais vitais, a perda sanguínea, a involução uterina e a eliminação vesical, é prioritária para despiste de complicações. Contudo, no caso de mulheres sujeitas a cesariana, a última intervenção concretiza-se através da “monitorização da eliminação urinária” uma vez que, se encontram com cateter urinário, que deve ser retirado aquando o cateter epidural, desde que não surjam complicações (Graça et al., 2010). O risco de retenção urinária está presente em ambos os tipos de parto, sendo que a retenção urinária se define como “incapacidade de micção espontânea seis horas após o parto vaginal ou seis horas após remoção da algália no pós-operatório de cesariana”. A lesão do nervo podendo poderá estar na origem deste problema, no entanto, estratégias como: imergir as mãos em água fria e tomar banho são aconselhadas apesar de, em alguns casos, ser necessário proceder a estratégias invasivas como o esvaziamento vesical ou a algaliação. De uma forma geral, este tipo de situações, resolvem-se na primeira semana (Graça et al., 2010 p.378).

Relativamente ao primeiro levante da puérpera, em ambos os casos, é executado sempre na presença do enfermeiro, no entanto, no caso de parto vaginal este realiza-se mais precocemente (6 horas após o parto) em relação aos casos de cesariana (12 horas após o parto). A mobilização precoce deve ser encorajada, no sentido de prevenir problemas tromboembólicos, bem como favorecer o estabelecimento do trânsito intestinal. A monitorização da pressão arterial é a intervenção que nos permite avaliar se há condições para o levante da puérpera, associado à presença de outros sintomas tais como, tonturas, sensação de desmaio e/ou visão turva. Nas primeiras 48 horas pós-parto os valores da pressão arterial poderão estar alterados, originando situações de hipotensão devido à perda hemática durante o parto (Lowdermilk e Perry, 2008).

Também a ingestão oral de alimentos deve ser permitida logo que seja tolerada, ou em caso de cesariana, cerca de 4 a 8 horas após a realização da mesma. Aconselha-se a ingestão de refeições ligeiras, como chá e bolachas (Graça et al., 2010).

A vigilância e a avaliação da perda sanguínea são intervenções significativas no que concerne à identificação e/ou prevenção de uma possível atonia uterina. A atonia uterina caracteriza-se pela incapacidade de contração uterina podendo resultar em hemorragia (Lowdermilk e Perry, 2008).

As lacerações obstétricas, a retenção de restos placentares ou casos de coagulopatias podem também estar na origem de hemorragia (Graça, 2010). Segundo a OMS (2014), a avaliação do tónus uterino abdominal, no período pós-parto, é recomendada para todas as mulheres como forma de detetar precocemente uma possível situação de atonia.

A intervenção “Ensinar sobre lóquios” é sempre executada de modo a que a puérpera esteja informada relativamente à contração uterina. Reforçamos a ideia que nas primeiras 2 horas esta perda é essencialmente de coloração hemática e semelhante a uma menstruação exacerbada, e que posteriormente a coloração vai clareando assim como a quantidade perdida, que vai diminuindo. Estas alterações decorrem em tempo variável, podendo demorar em média 4 semanas. Em caso de parto por cesariana, esta perda é visivelmente mais escassa (Lowdermilk e Perry, 2008).

A infeção no período puerperal é outra das possíveis complicações. A avaliação da temperatura corporal é uma das formas de despistar uma possível situação de infeção, juntamente com outros dados clínicos. A infeção urinária, a endometrite, a mastite, a infeção da ferida perineal e/ou ferida cirúrgica são as complicações mais comuns neste período que cursam com o aparecimento de febre puerperal, ou seja, “temperatura corporal superior a 38 °C em, pelo menos, duas medições consecutivas intervaladas de 6 horas, excluindo as primeiras 24 horas do pós-parto” (Graça et al., 2010, p. 373).

Em simultâneo, a identificação de focos como “Papel parental” e “Amamentar” requereram também a nossa avaliação imediata. Neste sentido, avaliamos o comprometimento dos focos, bem como o seu potencial para ser melhorado. Diagnósticos como “potencial para melhorar conhecimento” e “potencial para melhorar capacidade” foram o nosso centro de atenção. As intervenções foram realizadas de modo a responder às necessidades do casal/família, para que a adaptação à parentalidade e à amamentação ocorresse de forma saudável.

A amamentação foi talvez o foco que requereu de forma mais frequente, a nossa atenção, disponibilidade, dedicação e pelo que pudemos observar, é a vertente do pós-parto que suscitou maior receio e dúvida no seio dos casais/família. Segundo defende Levy e Bértolo (2012), a amamentação exclusiva até aos 6 meses é a melhor forma de alimentar a criança, sendo que as vantagens quer a curto, quer a longo prazo, já são bastante reconhecidas. É baseado nestes conhecimentos que todos os profissionais do CHPVVC trabalham, no sentido de promover o aleitamento materno, desconstruindo mitos, trabalhando com os casais, mas sobretudo respeitando as suas opiniões e decisões.

Hoje em dia, apesar de toda a informação acerca do leite materno ser reconhecida e divulgada através de inúmeros meios, nomeadamente nas intervenções em grupo de preparação para a parentalidade, o nosso papel no internamento passou pelo reforço da mesma.

O sucesso da amamentação depende de inúmeros fatores, sendo um deles, a vontade e a motivação materna para amamentar. Fez parte da nossa recolha de dados inicial perceber qual a vontade/motivação e as expetativas do casal face à amamentação. A qualidade da interação entre a mãe e o RN é um dos fatores influenciadores do sucesso na amamentação (Levy e Bértolo, 2012). Ainda assim, embora as mulheres demonstrem vontade em amamentar, encontram por vezes na prática fatores dificultadores e geradores de *stress* e que acabam por comprometer a amamentação. Neste sentido, as nossas intervenções ajudaram a perceber se as condições maternas e do RN se tornaram barreiras contornáveis neste processo, ou se realmente a disponibilidade para o caminho da amamentação não estava tão convicto. Identificar se a fadiga materna, os mitos, o défice de conhecimento relativamente à amamentação ou mesmo a ansiedade fomentavam as atitudes do abandono precoce da mesma, ou se existia algum outro fator que o pudesse potenciar (Machado et al., 2014). Realizar intervenções neste sentido, de ajudar a que a amamentação se mantivesse, ou identificar fatores que demonstrassem que essa não era a vontade da mãe/casal, foram primordiais para que pudéssemos estruturar o nosso plano de cuidados. Uma das convicções que se cumpre no serviço é a de informar as mães/casais

sobre a prática da amamentação, especialmente quando estão indecisos (Levy e Bértolo, 2012).

Verificamos, algumas vezes, sentimentos de receio e culpa em assumir perante os profissionais de saúde as suas reais intenções. Relativamente à prática da amamentação, verifica-se uma unanimidade por parte dos profissionais do serviço, relativamente aos ensinamentos e informações que transmitem às mães/casais. Contudo, existem diferentes práticas que se caracterizam com a prática de trabalho de cada profissional, como a suplementação com leite materno em detrimento do leite adaptado, o recurso ao copo ou ao biberão e a relatividade do tempo de intervalo entre as mamadas consoante o RN.

A defesa da amamentação em horário livre, bem como o apoio e a transmissão de um ambiente calmo e tranquilo para que esta decorra sem problemas e tranquilamente, são algumas das intervenções que realizamos (Levy e Bértolo, 2012). Por vezes, certas intervenções geraram controvérsia, como por exemplo, a introdução ou não do mamilo de silicone. Se por um lado o seu uso era apoiado para auxiliar, por outro, era contestado por prejudicar o processo de amamentação. De uma forma geral, a evidência científica defende que ainda são necessários mais estudos que comprovem os benefícios e/ou malefícios da introdução do mamilo de silicone (McKechnie e Eglash, 2010; Hanna et al., 2013; Chow et al., 2015; Kronborg et al., 2016). A utilização do mamilo de silicone pode beneficiar o início da amamentação, promover a ligação mãe-bebé, contribuir para uma maior autonomia da mãe em relação à amamentação, ser útil nos casos em que o comportamento do RN para a amamentação se revele imaturo (como nos casos de pega ineficaz), quando estão demasiado sonolentos ou quando são prematuros.

Uma vez que apresenta um *design* que permite simular a presença do mamilo na cavidade oral, estimula a expressão do leite mesmo que o RN não sugue vigorosamente (Chow et al., 2015). Kronborg et al. (2016) chegaram ainda a outras conclusões como a dependência do uso de mamilos de silicone a longo prazo ou mesmo sendo a causa de alguns casos para o abandono precoce da amamentação. No entanto, os mesmos autores referem ainda que o uso de mamilo de silicone funcionou como uma solução para ultrapassar algumas barreiras ao longo do processo de amamentação, sendo que o fundamental se centra no apoio dos profissionais.

De uma forma geral, confrontando a teoria com a prática, verificamos que a nossa intervenção passou sempre pela implementação de intervenções ponderadas, caso a caso. Observamos grande dedicação e disponibilidade dos profissionais no acompanhamento da amamentação, sendo que a introdução do mamilo de silicone apenas se verificou em casos estritamente necessários. Assim, verificou-se uma preocupação da equipa na promoção da

autonomia da mulher no processo da amamentação, assim como o seu bem-estar e satisfação nesse caminho.

Relacionado ainda com esta problemática dos mamilos de silicone encontramos também algumas divergências face à introdução da chupeta. A chupeta não consta na lista de material a trazer para o hospital fornecida pelo serviço. Segundo a AAP (2014), o uso da chupeta deve ser evitado até a amamentação estar bem estabelecida, isto é, até cerca de 1 mês de vida, e foi baseado nesta recomendação que desenvolvemos intervenções. Contudo, sabe-se que a sucção não nutritiva é importante para o desenvolvimento do RN. Além da sucção ser um reflexo desenvolvido ainda antes do nascimento, é uma das formas de o acalmar e garantir a sua satisfação e conforto para além da amamentação (Festilã et al., 2014).

Alguns autores defendem que o uso da chupeta acarreta mais malefícios do que benefícios, uma vez que se correlaciona diretamente com o abandono precoce da amamentação (Mario, 2013). Uma revisão da literatura elaborada por Jaafar et al. (2016) sugerem que o uso de chupeta por RN de termo quer tenham ou não a amamentação bem estabelecida, não interfere significativamente na duração da amamentação. Assim, uma vez que a dualidade de opiniões permanece, são necessários mais estudos (Kair et al., 2013). Relativamente ao contexto de estágio, a base da nossa intervenção não obedeceu a contextos fundamentalistas. Esta observação relaciona-se com contextos práticos específicos em que pudemos contactar com RN's a quem os pais optavam por oferecer a chupeta e cuja amamentação não se observava comprometida, assim como, em outros casos em que apoiamos os pais quando questionavam acerca do assunto e onde verificamos que a sucção não nutritiva era a necessidade do RN naquele momento. Existiram também oportunidades em que as nossas intervenções passavam por não aconselhar a introdução da chupeta, uma vez que o processo de amamentação ainda se verificava débil. Neste sentido, ajudar os pais para que pudessem tomar decisões informadas, foram as intervenções que pudemos implementar relativamente a estes contextos controversos.

Um dos objetivos da equipa de saúde passa por conseguir que o CHPVVC seja considerado um dos Hospitais Amigos dos bebés, sendo que o esforço de todos os profissionais segue em prol da defesa e da implementação de todas as boas práticas em que acreditamos. De salientar ainda que, mesmo depois da alta hospitalar, colocamos a nossa ajuda ao dispor dos casais/famílias que sentissem a necessidade de nos procurar para ultrapassar as dificuldades que vão surgindo na amamentação verificando-se, efetivamente, essa procura e esse sentimento de confiança que depositam nos EESMO. No



âmbito deste foco de enfermagem que é a amamentação, intervenções como: “Ensinar sobre amamentar”, “Ensinar a mãe e (ou) o pai sobre sinais de fome e saciedade”, “Assistir no amamentar”, “Incentivar ligação mãe-filho” e “Avaliar conhecimento sobre:” os sinais de fome, a pega adequada, o posicionamento, a frequência e a duração das mamadas e a conservação do leite, foram algumas das intervenções que praticamos diariamente e que pretendemos que, até à data da alta, resultem em estratégias e aprendizagens para que os casais vivenciem esta fase da forma mais autónoma possível. Para que a amamentação seja eficaz e que seja confortável para a mãe, há que identificar, ensinar e instruir sobre os sinais de boa pega, que pode ser observada quando: o RN abre bem a boca e apanha grande parte da aréola e não só o mamilo, o queixo toca na mama e o lábio inferior evertido. Outro dos sinais que nos podem indicar se a pega está ou não a ser executada corretamente, relaciona-se com a dor sentida pela mãe, pois quando a pega está correta, a amamentação não deve ser dolorosa (OWH, 2017). Contudo é de salientar, principalmente junto dos pais, que nem todos os RN’s são iguais, pois enquanto uns executam uma boa pega facilmente, outros muitas vezes tornam-se verdadeiros desafios e necessitam de mais atenção e persistência.

Relativamente ao posicionamento para amamentar, deixamos sempre ao critério da mãe, pois a melhor posição será aquela em que ela e o RN se sentirem mais confortáveis. Contudo, disponibilizamos a almofada de amamentação para as mães que desejassem utilizá-la e incentivamos a que experimentassem diferentes posições pois evitava o bloqueio dos ductos prevenindo o ingurgitamento mamário.

Um dos pontos comuns observados em muitas mães/casais relaciona-se com a frequência, a duração e eficácia das mamadas. De uma forma geral, incentivamos sempre na fase inicial que amamentem de ambas as mamas para que seja estimulada a produção de leite, sendo que a duração da mamada deverá ser cerca de pelo menos 15/20 minutos em cada mama (OWH,2017).

No que concerne à frequência, aconselha-se uma média de 8 a 12 mamadas em cada 24 horas, dependendo do RN, sendo que, de um modo geral, estipulamos uma frequência de 3/3 horas no primeiro mês de vida (OWH,2017). Apesar destes conhecimentos presentes, assume-se que a equipa é flexível e avaliamos sempre caso a caso a informação que transmitimos. A duração da mamada foi tanto mais tempo quanto a mãe e o RN desejassem, sendo que não havia limite de tempo, assim como incentivamos que amamentassem sempre que o RN desejasse.

Existem indicadores do estabelecimento de um processo de ingestão nutricional eficaz, como por exemplo: uma eliminação urinária regular, se apresenta dejeções, se alterna

períodos de atividade com períodos de sono, se se demonstra calmo e satisfeito após a mamada. Posteriormente, e porque nos primeiros dias de vida é normal perder até 10% do seu peso, através do peso e da avaliação do crescimento e desenvolvimento do RN, podemos perceber se o leite que ingere é suficiente (OWH, 2017). Explicar aos pais, e até demonstrar através de imagens ou exemplos práticos, o tamanho do estômago do bebê nos primeiros dias, ajuda a que estes fiquem menos ansiosos e entendam que este não necessita muitas vezes de se alimentar com uma grande quantidade de leite.

Os cuidados a ter com as mamas também é um assunto abordado frequentemente, uma vez que as mulheres referem frequentemente sensibilidade mamilar e dor pela presença de gretas/fissuras. Neste sentido, além de avaliarmos a mamada, aconselhamos a aplicação de colostro após todas as mamadas no mamilo, sendo benéfico que as mamas fiquem ao ar sempre que possível. A recomendação do uso de soutien de amamentação com um bom suporte (mas não apertado) e o uso de arejadores de mamilo também é transmitida, de modo a promover o conforto da mulher (OWH, 2017).

Nas 24 horas após o parto são identificados mais três focos: “Ingurgitamento mamário”, “Uso de contraceptivos” e “Obstipação”. No caso dos dois primeiros, avaliamos o potencial para melhorar o conhecimento, e trabalhamos posteriormente nesse sentido, do ensinar sobre... Relativamente ao ingurgitamento mamário, e sendo este aspeto mais um desafio da amamentação, no internamento trabalhamos essencialmente a sua prevenção. Apesar da chamada “subida do leite” ocorrer mais frequentemente após o 3º dia, e assim não contemplar o tempo em que a maioria das utentes se encontram no hospital, informamos e explicamos as estratégias que poderão utilizar para que se sintam bem. O ingurgitamento mamário caracteriza-se pelo acentuado desconforto mamário, sendo que as mamas se tornam mais pesadas, inchadas e vermelhas e pode coincidir com um ligeiro aumento da temperatura corporal. Se não tratado atempadamente pode resultar em consequências como bloqueio dos ductos ou mastite (OWH, 2011). Assim, intervenções como “Ensinar a massajar a mama”, “Ensinar sobre autovigilância da mama” e “Treinar a mãe na técnica de massagem da mama” são úteis para que as mulheres possam aliviar o desconforto. Outras intervenções tais como, incentivar a aplicação de calor antes das mamadas e/ou massagem e compressas frias e/ou gelo após, amamentar várias vezes esvaziando sempre a mama pelo menos até se sentir confortável e usar um bom soutien de suporte, são também transmitidos.

Foram poucos os casos, mas houve contato com puérperas cuja opção era não amamentar e, por isso, procedíamos à explicação da preparação do biberão, assim como ao aconselhamento face ao alívio do desconforto que poderiam ter relativamente à supressão

da lactação. Segundo dados recolhidos por Oladapo e Fawole (2012) numa revisão da Cochrane, há fraca evidência relativamente aos benefícios dos métodos farmacológicos em relação ao não tratamento. Contudo, o uso de bromocriptina como fármaco, nestas situações, tem demonstrado bons resultados. Na primeira semana pós-parto (que engloba o período de contacto com as mulheres) em alternativa aos fármacos, quando já existe alguma dor e desconforto, estratégias não farmacológicas como o uso de soutiens com boa suspensão, restrição hídrica, aplicação de jasmim e/ou gelo podem auxiliar na atenuação dos sintomas e são aconselhados pelos profissionais de saúde no contexto da prática. Respeitar a decisão da mulher/família, sendo que a decisão foi tomada de forma informada, foi algo que se observou, sem juízos de valor.

No caso da obstipação, além de ensinarmos sobre o padrão de eliminação adequado, sobre a dieta, de incentivarmos a deambulação, bem como a ingestão hídrica, é realizada a vigilância, pois existe o risco de obstipação. O desconforto abdominal e a dor podem ser fatores dificultadores na adaptação materna a esta nova fase, assim como o medo que têm de evacuar especialmente se apresentarem laceração vaginal ou ferida cirúrgica (Turawa et al., 2015). A recolha de informação acerca do habitual padrão de eliminação é um dado relevante que nos auxilia a ter a perceção da existência do risco. Quando as intervenções não farmacológicas recomendadas não surtem o efeito pretendido, é oferecida ajuda farmacológica laxante.

No contexto do internamento pós-parto demos importância à dor, sendo que utilizamos a monitorização da dor através da escala numérica para avaliar, classificar e intervir, de forma adequada a cada turno. Estratégias farmacológicas como a medicação a horas fixas ou prescrita em SOS (dependendo dos casos, dos traumas físicos associados ao tipo de parto e às queixas da utente) ou as estratégias não farmacológicas como a crioterapia, foram oferecidas regularmente para que a puérpera se sentisse confortável e sem dor.

No internamento não acolhemos apenas a mãe e o pai, mas também o novo elemento, que requer atenção e cuidados. O desenvolvimento de competências parentais foi também uma das nossas intervenções os pais tiveram a oportunidade de serem informados e de treinar e adquirir domínio sobre diferentes áreas de cuidado ao RN (Lowdermilk e Perry, 2008).

Relativamente ao RN foram considerados os seguintes focos: “Infeção”, “Hipotermia”, “Aspiração”, “Eliminação urinária” e “Eliminação intestinal”. Neste contexto, executamos intervenções no âmbito da vigilância como “Vigiar eliminação urinária/intestinal” ou no sentido de melhorar o conhecimento dos pais, como por exemplo, “Ensinar a mãe e (ou) o

pai a aumentar a temperatura corporal”, “Ensinar a mãe e (ou) o pai sobre prevenção da aspiração”, “Ensinar a mãe e (ou) o pai sobre sinais de infeção”, entre outros.

Relativamente ao papel parental intervimos para melhorar os conhecimentos e capacidades, como por exemplo, na higiene do RN, tratamento do coto umbilical, na troca da fralda e na gestão do choro.

Pelas experiências vivenciadas, a questão do choro foi uma das áreas que consideramos pertinente explorar, uma vez que os pais solicitaram ajuda com frequência neste sentido. O choro é uma das formas mais importantes da comunicação do bebé, e aquela que todos que ouvem têm urgência em responder. O choro ganha um significado especial e torna-se um grande desafio para os pais, sobretudo os de primeira viagem. Mas não só o choro como também a linguagem corporal pode dizer muito acerca das necessidades de um RN (Brazelton e Sparrow, 2011).

Durante o estágio constatamos que existe urgência e dúvida quando o RN chora sem ceder a nenhuma tentativa dos pais para o acalmar. Observaram-se situações em que os pais detinham alguns conhecimentos, sobretudo se frequentaram intervenções em grupo de preparação para a parentalidade, ou mesmo se instintivamente executavam algumas estratégias como o pegar ao colo, embalar, aplicar a técnica de audição de ruído branco (shushing) ou amamentar o RN e que resolviam, ou não, a situação de *stress* que os desafiava.

Uma das nossas intervenções mais fulcrais para que os pais tivessem mais estratégias para serem autónomos, nestas ocasiões, passou por explicar e ajudar a identificar os diferentes tipos de choro. São identificados cerca de seis motivos pelos quais o bebé chora: a fome, a dor, o tédio, o desconforto ou cansaço de um dia agitado. Cada um destes motivos faz-se acompanhar por sons diferentes associados a linguagem corporal igualmente específica (Brazelton e Sparrow, 2011). A dificuldade esteve em interpretar a razão pela qual o bebé chora, mesmo que a sua caracterização tenha aspetos diferentes (Brazelton e Sparrow, 2011).

Durante o tempo de estágio a aprendizagem decorreu através do contacto que fomos tendo com os RN's e com os pais. De certa forma, apesar do conhecimento teórico ter sido uma ótima ferramenta para ajudar os casais, a tentativa-erro foi uma das estratégias inevitavelmente utilizada tanto com os pais como com os profissionais. O sentido foi dar resposta ao que consideramos ser o motivo do choro e assim, descartamos outras hipóteses. Apesar disso, à medida que o tempo avançava, e apesar dos bebés serem diferentes, desenvolvemos mestria na identificação e gestão do choro.

Como área de interesse, a pesquisa neste sentido foi sendo curiosa. Segundo um artigo escrito por Newman (2007), o choro caracteriza-se pela emissão de lágrimas sendo apenas característico da espécie humana. Assim, refere que o que nós consideramos choro nos RN's são mais vocalizações caracterizadas como chamadas de socorro ou de separação quando estes se sentem sozinhos ou separados dos cuidadores. Refere ainda, que foram realizados estudos que demonstram diferentes características acústicas nestas vocalizações relacionadas com o nível de urgência da vocalização ou pelas diferenças individuais.

Já Karp (2014), no seu livro, indica-nos que o RN não tem capacidade neurológica para realizar “vários tipos de choro”, mas que durante os primeiros três meses emitem sons, que se dividem apenas em três categorias: choramingar, chorar e guinchar, que se distinguem através do aumento da intensidade dos mesmos (do mais leve para o mais estridente, respetivamente). Acrescenta que alguns sinais visuais podem ajudar a perceber melhor o motivo do choro, e que o diagnóstico também depende da personalidade do bebé, sendo quando agitados dificultam ainda mais este diagnóstico.

Ainda na perspetiva de Dunstan (2012) existem diferenças no choro dos bebés, cada um com um significado específico. Constatou que cada choro do seu bebé tinha padrões fonéticos diferentes, e assim foi desenvolvendo esta investigação ao longo do tempo, tendo encontrado algumas respostas. Segundo ela, o choro onde se identifique “*neh*” significa fome; “*owh*” indica fadiga; “*eh*” que precisa arrotar; “*eairh*” para gases abdominais e “*heh*” para desconforto.

De uma forma geral, todas estas ideias serviram para complementar o nosso conhecimento e para aprendermos que todas elas são semelhantes, contudo estas experiências constituíram-se como verdadeiros desafios à prática clínica.

Neste sentido, vêm posteriormente as estratégias para conseguir acalmar o RN. Quando descartamos a fome, a fralda suja, a dor e este continua inconsolável, que estratégias utilizar? O que sabemos nós acerca dos nossos RN's a nível comportamental que nos indicasse o que fazer? Uma das opções relacionou-se com a técnica dos 5's, da autoria do pediatra Harvey Karp, e que veio dar algumas respostas acerca destas incertezas. Karp (2014) mostrou algumas teorias interessantes tais como, a necessidade dos nossos RN's terem um quarto trimestre de gravidez, para que viessem melhor preparados para enfrentar o meio extrauterino. Além disso, desmistifica a questão do choro pelas cólicas, que foi uma das causas mais apontadas pelos pais quando o seu filho chorava inconsolavelmente. Na sua opinião, as cólicas surgem apenas na segunda semana de vida prolongando-se até à sexta semana, explicando ainda outras razões para as quais as cólicas não são um motivo pelo qual o bebé chora nesta fase. No que concerne ao tal quarto

trimestre de gestação, explica que os RN's ainda não estão desenvolvidos o suficiente para nascerem, sendo que somos a classe de mamíferos mais atrasada neste sentido, quando comparados com outros exemplos do mundo animal. Reforça a ideia de que detemos um reflexo calmante que pode ser ativado seguindo cinco passos específicos, e que resulta para acalmar o RN. Estes cinco passos servem essencialmente para recriar o ambiente uterino, ambiente que é familiar aos RN's pois foi onde se desenvolveram durante, aproximadamente, quarenta semanas. Os cinco passos podem não ser utilizados na totalidade, sendo apenas necessário utilizá-los até este se acalmar, pela seguinte ordem: embrulhar, posicionar, embalar, fazer um ruído branco, e por fim, oferecer a sucção. Justifica estas etapas como sendo semelhantes ao ambiente uterino. Teoricamente tudo faz sentido, ainda assim, quando realmente a colocamos em prática, constatamos um resultado magnífico, sendo que os profissionais do serviço têm implementado na sua prática. Esta técnica também é ensinada aos casais, incentivando-os a fazê-la sempre que considerassem necessário. Todos os berços do serviço dispõe da explicação e demonstração da técnica para que os pais pudessem guiar-se. Atualmente, existem pequenos equipamentos para uso infantil, determinados brinquedos e até aplicações para dispositivos móveis que são capazes de auxiliar os pais na aplicação de *shushing* – que se torna cansativo com o uso prolongado e para o qual os pais foram informados quando isso se tornou uma necessidade. Ainda relativamente ao acalmar o RN, deparamo-nos algumas vezes com a ideia que dar colo poderá, de alguma forma, viciá-lo e torná-lo demasiado dependente dos cuidadores, ou ainda ideias de que eles devem saber acalmarem-se sozinhos. Karp (2014) defende que nunca devemos aguardar que o bebé se acalme deixando-o chorar, pois isso pode repercutir-se no seu desenvolvimento mais tarde. No colo o RN sente-se seguro e protegido e não faz sentido não o oferecer constantemente, uma vez que este o choro até ao 1.º mês de vida é um comportamento reflexo, ou seja, não depende da racionalidade do RN, logo este só chora quando tem alguma necessidade de cuidados.

Ferreira (2015) explica-nos ainda estas necessidades quando se refere a nós, humanos, como mamíferos. Coloca-nos na categoria de mamíferos *carry*, explicando que somos a categoria mais imatura, cujas crias têm constante necessidade de permanecer junto das suas mães, para serem carregadas, como o próprio nome indica. As crias necessitam de estar sempre junto da sua mãe para que os mecanismos corporais se regulem e, porque os períodos de amamentação são muito frequentes, ao contrário de mamíferos de outras categorias. Contrasta as sociedades antigas com as modernas, defendendo que hoje em

dia, há maior necessidade de que os RN's sejam de certa forma mais independentes, esquecendo ou desconhecendo as nossas necessidades primitivas.

Com estas pesquisas facilmente percebemos o porquê de muitos RN's terem necessidade de contato físico contínuo, de procurar a mama vezes sem conta e de chorar quando o colocam no berço ou está sozinho. A amamentação em horário livre, o alojamento conjunto, ou quando incentivamos a que a mãe coloque o RN ao seu lado para este se acalmar, foram algumas das intervenções que implementamos. Transmitir estes conhecimentos aos casais tornou o seu processo de adaptação mais fácil, de modo a proporcionarem cuidados ao RN de forma natural e tranquila.

Apesar de ensinarmos e instruímos os casais ao longo do tempo de internamento, a preparação da alta clínica foi mais um momento importante, em que demos informações, assim como relembramos e reforçamos outras. Relativamente à preparação da alta clínica, organizamos os registos clínicos a informação a transmitir, relembrando que a nossa preocupação incidia na mãe, RN e família.

No que concerne à informação a reforçar relativamente à puérpera, abordamos uma vez mais a questão dos sinais de alerta a ter em conta no período pós-parto, tais como: aumento da perda sanguínea, sensação de desmaio, palpitações, dores de cabeça associados a distúrbios visuais, dor na perna ou no peito associado a dificuldade respiratória, temperatura corporal superior a 38°C, náuseas e vômitos, queixas urinárias, mamas com zonas vermelhas e dolorosas (NICE, 2014). Ensinamos acerca da vigilância dos lóquios e reforçamos que se a quantidade aumentasse ou notasse um odor fétido, diferente do habitual, era razão para se dirigirem às urgências.

Os cuidados de higiene passam pela troca do penso higiénico de forma frequente (de 4 em 4 horas), a higiene do períneo deve ser realizada apenas com água tépida e no sentido da vagina para o ânus (Lowdermilk e Perry, 2008). Relembramos que na presença de laceração e/ou ferida cirúrgica por episiotomia, o material de sutura é absorvível, contudo, no caso de ferida cirúrgica abdominal, são encaminhadas para o centro de saúde para remoção do material de sutura e vigilância da ferida (Graça, 2010).

O ingurgitamento mamário foi outro aspeto importante a referir, uma vez que na maioria das mulheres este só surge quando se encontram já no domicílio. Explicar o processo natural da “subida do leite”, quais os sintomas normais e quais as estratégias que podem realizar para prevenção do ingurgitamento. Abordamos a importância de uma alimentação completa e variada, bem como a prática do exercício físico no contexto do seu bem-estar e a recuperação física também sendo essencial. Verificamos que a maioria das mulheres não se manifestou muito relativamente ao exercício físico, mas cada vez mais

consideramos importante, não só porque caminhamos para uma sociedade sedentária, mas porque a autoestima destas mulheres, a recuperação da silhueta prévia à gravidez e mesmo outros problemas de saúde, podem tornar-se graves problemas no futuro. A contraceção e o retorno da atividade sexual foram dois temas que abordamos em conjunto, reforçando a importância do método contraceptivo como prevenção de uma nova gravidez e o retorno da vida sexual quando se se sentissem preparados para o fazer, cerca de 2 a 3 semanas após o parto (Graça, 2010).

Informamos sobre a consulta de revisão do puerpério no centro de saúde, cerca de 6 semanas após o parto. Relativamente ao RN, informamos que o teste do diagnóstico precoce, deverá ser realizado no centro de saúde entre o 3.º e o 6.º dia após o nascimento, ou poderá ser marcada visita domiciliária. Relembramos que a consulta do 1.º mês de vida deverá ser igualmente agendada, assim como a avaliação do peso, de modo a vigiar o seu bom desenvolvimento e crescimento. O boletim de vacinas, assim como o livro do RN, foi entregue ao casal lembrando que a administração da primeira vacina foi realizada em contexto hospitalar.

Ainda no contexto do puerpério, mas centrando-nos numa outra perspetiva, importa refletirmos acerca do apoio psicológico à puérpera. A nossa disponibilidade foi fundamental para promover o contacto entre a díade mãe-filho, sobretudo em situações em que a relação entre a mãe e o RN não se evidenciava, ou que a puérpera teve de ficar afastada do seu filho. A inadequada relação entre mãe e filho pode desencadear consequências a longo prazo, tais como, influência negativa no desenvolvimento cognitivo e socioeconómico e dificuldade em estabelecer relações pessoais (Baber 2015).

O momento pós-parto sujeita a puérpera a mudanças psicológicas e emocionais, pelo que, fez parte das nossas intervenções proporcionar que a ligação mãe-filho se desenvolvesse de forma saudável, através da criação de uma relação empática e de disponibilidade, promovendo a confiança e encorajando o casal na prestação dos cuidados, oferecendo *feedbacks* positivos. Tal como Baber (2015) destaca, e como observamos na prática, estratégias como incentivar e proporcionar que a mãe participe em todos os cuidados, ensiná-la e instruí-la em todas as intervenções necessárias, tecer elogios e comentários positivos, bem como promover a sua autoestima e autoeficácia, são aspetos favorecedores da construção de uma ligação afetiva saudável. Contudo, existem muitas vezes fatores que podem influenciar esta ligação, tais como, o trauma do parto, o tipo de parto, a fadiga, a falta de confiança em si própria para o desempenho do novo papel, a desilusão face à sua incapacidade de cuidar de imediato do RN e/ou se a amamentação não sucede como esperado, fatores familiares, entre outros (RCOG, 2009).



A nossa intervenção tornou-se importante, na medida em que podemos auxiliar na gestão dos cuidados, confortar a mãe e oferecer apoio para o que necessitasse, ajudamos a compreender e a aceitar as mudanças físicas, e apoiamos nas questões psicológicas, como a baixa autoestima (Baber, 2015). Em contexto de estágio, todas as experiências foram de aprendizagem, sendo que, recordamos um episódio relativo a uma puérpera, que manifestava alguns sinais de comprometimento na relação mãe-filho, por desinteresse na prestação dos cuidados. Apoiar a mãe e promover o seu descanso, assumindo o seu papel nos cuidados ao RN foi uma boa opção, apesar da situação ser alvo de preocupação por parte dos profissionais de saúde. Numa segunda abordagem, conseguimos perceber que naquele momento a puérpera necessitaria mais dos nossos cuidados do que o RN, sendo que a fadiga condicionava, a sua capacidade de desempenhar o papel de mãe na sua plenitude. Segundo Baber ((2015) cit Ross (2012)), a fadiga materna pode ser um dos fatores que funciona como barreira ao estabelecimento da relação mãe/filho.

De forma recorrente deparamo-nos também com a separação da díade, seja pela questão de prematuridade ou por outro problema de saúde do RN. Neste contexto, a angústia e o medo fazem parte do leque de emoções vividas pelo casal/família (Fernandes e Silva, 2015). O confronto entre o filho imaginário e o filho real, a sua separação que a situação exige e todo este processo inesperado podem dificultar a adaptação à parentalidade e consequentemente a ligação afetiva da tríade (Fernandes e Silva, 2015 cit Santos et al., 2007). A dualidade de sentimentos é uma constante, e o apoio que o casal dispõe também são essenciais nesta fase (Fernandes e Silva, 2015 cit Scarabel, 2011). A intervenção do enfermeiro, nestas situações, torna-se mais uma vez fundamental, no que concerne ao apoio do casal, e sobretudo à mãe, estando em contato quase permanente enquanto esta se encontra no internamento. O apoio e a disponibilidade dos profissionais de saúde, nestas situações, pode ser determinante na forma como a puérpera enfrenta a situação, e se adapta às exigências que podem surgir. Deverá estar sempre presente a compreensão, a disponibilidade, a transmissão de conforto e segurança, pois esta situação comporta grande vulnerabilidade (Fernandes e Silva, 2015).

Ainda nas questões que envolvem o contexto psicológico, compreende-se que o período puerperal é propício ao aparecimento de transtornos psiquiátricos, uma vez que exige não só uma reorganização social e psicológica, mas também uma adaptação a novas rotinas que o papel de mãe impõe (Cantilino et al., 2009).

A saúde mental é uma preocupação a nível da saúde pública sendo que, de uma forma geral, condiciona negativamente a vida pessoal, familiar, o trabalho e, neste caso em

específico, o desenvolvimento do RN (National Institute for Health Care Management (NIHCM), 2010).

Uma das situações delicadas em que temos um papel preponderante de acompanhamento do casal/família no tempo de internamento relaciona-se com os casos de morte perinatal. Recordamos situações complicadas, em que sentimos não estar preparadas, não a nível de intervenção como profissional, mas pela vertente emocional. Num desses acontecimentos, a perda do casal foi um feto com 36 semanas de gestação, pelo que se tornou uma experiência que não ocorre com muita frequência.

O processo de luto desenrola-se em etapas que se iniciam na fase do choque, seguido do luto intenso, que já envolve vários comportamentos emocionais e físicos, e colmatando por fim na fase de reorganização, onde o casal retoma as suas atividades ainda com a dor associada à perda (Lowdermilk e Perry, 2008).

O vazio e a falta das palavras certas quando nos aproximamos do casal foi um receio com o qual nos combatemos nos dias em que mantivemos contacto com eles. Consideramos que executar escuta ativa foi a melhor forma de intervir, e quando nos referimos a disponibilidade, compreendemos a física, a emocional e a temporal. Aprendemos que, mais do que as palavras, a nossa postura e o que transmitimos se torna mais valioso, no sentido em que o que importa é que eles sintam que estamos ali para os ajudar no que precisarem.

A sociedade impõe que todo o processo da maternidade seja algo sempre associado a estados de felicidade e com a idealização que tudo culmina com o nascimento de um bebé saudável. A questão da morte perinatal e do luto pode, por vezes, passar despercebida, e como a vivência do luto difere conforme o indivíduo, a facilidade de entrarem em negação ou suprimirem os sentimentos para não demonstrarem a dor pela qual estão a passar, pode ter consequências desastrosas na vida do indivíduo/família, como por exemplo, o aparecimento de doenças mentais graves (Lowdermik e Perry, 2008).

O papel dos profissionais de saúde, mais uma vez, é privilegiado, no sentido em que estamos presentes ao longo de todo o processo e podemos intervir, não só no sentido de encorajar a partilha de sentimentos, mas para os fazer lembrar que não estão sozinhos. Frases como “os meus sentimentos”, “o que posso fazer por si?”, “isto deve ser difícil para vocês”, devem ser encorajadas, ao contrário de frases como “eu sei como se sente”, “vocês são novos, podem ter mais filhos”, “agora é andar para a frente” (Lowdermilk e Perry, 2008). De uma forma geral, respeitamos a forma como a família/casal pretendeu fazer o luto e satisfizemos as suas necessidades sempre que possível. Ajudamos o casal a criar recordações, tirando fotográficas com RN, se assim o solicitassem. Concretizamos a alta

precoce no sentido de proporcionar ao casal a oportunidade de permanecer menos tempo num local associado a perda fetal e onde o contacto com outros RN's poderia inevitavelmente acontecer. Efetuamos seguimento em contexto de consulta nos meses seguintes à perda fetal.

Neste sentido, e porque a saúde mental ainda é um tabu na sociedade, surgiu o interesse em explorarmos especificamente a vertente da depressão pós-parto relacionada com a prática de atividade física através de uma revisão integrativa da literatura.

### **3.1 Influência da prática de exercício físico na depressão pós-parto**

O período pós-parto implica mudanças em torno da vida familiar e influencia diretamente aspetos como a vida social, económica e psicológica do casal. Devido ao turbilhão de emoções, revela-se uma fase vulnerável, que pode contribuir para maior incidência de doenças psiquiátricas (Rai et al., 2015).

Os profissionais da saúde têm influência direta na promoção de estratégias que possam facilitar a adaptação a esta nova fase. O suporte emocional fornecido pela família também é considerado estratégia não farmacológica (Rai et al., 2015).

A depressão pós-parto destaca-se por ser uma das doenças psiquiátricas mais incidentes. As mudanças psicológicas como a tristeza, o isolamento social, o aumento da ansiedade e do *stress*, a falta de tempo para si associada ainda às mudanças corporais, revelam ter grande impacto na vida da mulher/família (WHO, 2015).

O suporte pós-parto é, na maioria das vezes, prestado pelos CSP. Em contexto hospitalar, a saúde mental é promovida ao longo do internamento, assim como são fornecidas estratégias para o regresso a casa. Uma das estratégias recomendadas, nomeadamente a prática de exercício físico, surge como fator protetor da saúde, uma vez que apresenta um vasto leque de benefícios não só físicos como psicológicos. De um modo geral, verifica-se um aumento do sedentarismo que se revela potenciador de situações negativas no âmbito da saúde (Polisseni e Ribeiro, 2014).

Não nos centrando apenas na depressão pós-parto na vertente do apoio familiar e dos profissionais, surgiram questões como: “Que outras estratégias para a gestão da depressão pós-parto?”, “Será que a prática de exercício físico poderia ser benéfica?”. O resultado da pesquisa não oferece respostas concretas relativamente à nossa questão, mas oferece-nos uma visão acerca de alguns aspetos que poderão ser úteis no decorrer da prática clínica.

Remete-nos ainda para a necessidade de mais estudos, para que respostas concretas possam surgir.

### 3.2 Problema em estudo

Apesar do *blues* pós-parto ser a perturbação emocional mais incidente (cerca de 60% das mulheres) é uma condição limitada no tempo que reverte espontaneamente, e por isso, optamos por explorar outras condições psiquiátricas (DGS, 2005). A depressão e a psicose são transtornos psiquiátricos que incidem no puerpério apresentando grande impacto na vida do casal e do RN (Brockington, 2004).

Com a incidência considerável de 10-15%, a depressão pós-parto é a perturbação emocional que se caracteriza por humor depressivo, perda de interesse e de boa disposição, falta de energia e apatia que leva à diminuição da prática de atividades (WHO, 2015). Segundo dados recolhidos pela ACOG em 2015, uma em cada 7 mulheres sofre de depressão no período perinatal, estimando uma percentagem de 5 a 25% que experienciam depressão no pós-parto.

A depressão pós-parto pode facilmente confundir-se inicialmente com o *blues* pós-parto, no entanto, a permanência dos sintomas prolonga-se mais do que duas semanas. Surge, normalmente, entre a primeira e a terceira semana após o nascimento do RN, mas pode englobar ainda o primeiro ano. A falta de energia, a ansiedade e outros sintomas associados à adaptação ao novo papel de mãe, podem mascarar um possível estado depressivo, sobretudo em primíparas (NIHCM, 2010).

A incidência da depressão pós-parto está relacionada com alguns fatores, como por exemplo: história prévia de depressão; algum episódio de cariz negativo (quer na gravidez, no parto, ou relacionado com o RN); o *stress*; a falta de suporte familiar; problemas psicossociais; uma gravidez não planeada ou não desejada (Kettunen et al., 2016). Também a questão das alterações hormonais no período pós-parto, a fadiga materna (sobretudo nos casos de cesariana) ou as próprias condições e estilos de vida, podem potenciar os estados depressivos (ACOG, 2013), assim como também se verifica uma influência relativa à etnia e nível socioeconómico (NICHCM, 2010).

Como referido anteriormente, a depressão pós-parto condiciona de forma negativa a vida em geral de toda a família (EARLS, 2010). A interação entre a mãe e o filho fica comprometida, prejudicando o normal desenvolvimento cognitivo e emocional da criança.

O desempenho do papel de mãe caracteriza-se como descuidado e inapropriado, e no que diz respeito à sua saúde, poderá haver um interesse aumentado do consumo de certas substâncias como álcool, drogas e/ou tabaco. Podem também ocorrer tendências suicidas que, apesar de não serem tão frequentes, podem acontecer em estados depressivos mais exacerbados (Fitelson et al., 2010). Este cenário poderá também estar na origem de situações como o divórcio, a violência familiar, a negligência e o abuso de crianças. Relativamente ao desenvolvimento da criança, denota-se um atraso no desenvolvimento cerebral, linguístico, cognitivo e social. Verifica-se um abandono precoce da amamentação, assim como um fácil desapego por objetos e pessoas, uma vez que não recebem interação física nem emocional suficientes ao longo do seu crescimento (EARLS, 2010).

No contexto do puerpério, visto que o internamento é de curta duração, a deteção destes casos não é fácil, não só pela semelhança de sintomatologia do foro emocional inerente às experiências do pós-parto, mas também pela impossibilidade de se realizar uma avaliação mais contínua e completa. O diagnóstico pode exigir uma boa recolha de dados clínicos prévios ou derivar da observação direta de certas atitudes durante o internamento, contudo não é fácil fazer este juízo.

O tratamento, neste tipo de casos, pode passar pela farmacologia (antidepressivos), ou pelos métodos não farmacológicos, como a ajuda psicológica ou ainda o recurso à acupuntura ou a prática de exercício físico (Sharma e Sharma, 2012).

De uma forma geral, a melhor forma de podermos intervir, no contexto onde nos inserimos, será ao nível da prevenção. A relação empática e a comunicação poderão favorecer a recolha de dados importantes para diagnosticar estas situações. Questionar se a mulher se tem sentido incomodada, triste, depressiva, desmotivada ou com perda de interesse em atividades nos últimos tempos, se tem estado mais nervosa, ansiosa ou sem capacidade para controlar essas emoções são intervenções que nos podem levar a perceber se estamos ou não perante uma situação sugestiva de depressão (NICE, 2014). A intervenção centra-se também na educação para a saúde, aquando da alta clínica, de modo a indicar estratégias que possam, eventualmente, prevenir o despoletar/agravar de sintomas depressivos, tais como, incentivar que o casal tire tempo para si, incentivar a prática de exercício físico e/ou outras atividades que possam considerar prazerosas. Sugerir igualmente que solicitem a colaboração da família para pequenas tarefas, tais como cozinhar ou passar a ferro, para que possam assim descansar, melhorando o seu estado psicológico.

Os profissionais da saúde desempenham um papel crucial na prevenção, reconhecimento e atuação de situações de depressão (NICE, 2014). De um modo geral, este

tipo de implementação de cuidados relativos à saúde mental não é viável se não for realizado desde o início da gravidez e com colaboração multidisciplinar.

Neste sentido, o exercício físico surge como uma das estratégias que deve ser incentivada ao longo da gravidez e sobretudo, depois, no período pós-parto.

Como referido anteriormente, os números face ao sedentarismo têm vindo a aumentar e, apresentando exercício físico vantagens ao nível da saúde e qualidade de vida, deve ser promovido (Polisseni e Ribeiro, 2014).

A atividade física define-se como qualquer movimento do corpo executado pelos músculos esqueléticos, que exijam dispêndio de energia. Já a definição de exercício físico, sendo uma subcategoria da atividade física, pressupõe a execução de exercícios planeados e repetidos de forma a atingir determinado objetivo. Segundo recomendações da WHO (2010), para a idade adulta, a atividade física recomendada pressupõe a execução de 150 minutos de exercício físico moderado a vigoroso ou pelo menos 75 minutos de atividade intensa, por semana. Deste modo salvaguardam-se as melhorias cardiorrespiratórias, musculares e ósseas diminuindo igualmente a incidência de doenças cardiovasculares e depressão.

O pós-parto é um ótimo período para reforçar às mulheres a importância de iniciar e/ou continuar a trabalhar para ter um estilo de vida saudável. Muitas vezes o facto de não conciliarem o exercício físico na sua rotina neste período faz com que sejam fomentadas situações de excesso de peso e obesidade (ACOG, 2015).

Além da vertente física aqui mencionada é do conhecimento geral que o exercício beneficia a saúde mental. Neste sentido, como objetivo da nossa revisão integrativa da literatura, pretendemos conhecer a evidência científica relativa à prática de exercício físico na gestão da depressão pós-parto (Cooney et al., 2013).

### **3.3 Método**

De modo a explorar o tema em estudo, procedemos à elaboração de uma investigação de natureza qualitativa. Foi eleito como método de pesquisa a revisão integrativa da literatura, uma vez que “tem a finalidade de reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão”, permitindo, desta forma, conhecer a evidência científica mais recente (Mendes et al., 2008, p.759).

Considerada a mais ampla das abordagens metodológicas, a revisão integrativa da literatura abrange uma compilação de artigos e informações que nos permite ter uma visão mais alargada do fenómeno em estudo. Desta forma, estaremos a reunir toda a informação pertinente acerca do tema explorado, podendo contribuir para a melhoria das práticas de enfermagem de saúde materna e obstétrica (Souza et al., 2010).

A prática baseada na evidência pretende que a pesquisa pela melhor e mais recente evidência melhore as práticas do contexto clínico, na perspetiva de implementar intervenções cientificamente comprovadas como eficazes (Akobeng, 2005). Neste sentido, a pesquisa deve ser realizada de forma rigorosa, para que os resultados obtidos sejam os mais fiáveis. Segundo Jenal et al. (2012), para a realização da revisão integrativa da literatura é impreterível a consecução de seis etapas distintas, sendo que a primeira se refere à elaboração da questão que orienta a pesquisa e as restantes relacionam-se com a escolha, análise e discussão dos artigos encontrados.

Segundo Akobeng (2005), a questão deve ser formulada para que possa ser respondida e a sua construção deve obedecer à sigla PICO: “P” de paciente ou problema; “I” de intervenção; “C” de comparação e “O” de *outcomes*. Assim, construindo a nossa questão, entende-se que a população alvo sejam as puérperas e que a nossa intervenção seja a prática de exercício físico em comparação com as puérperas que não a praticam. Pretendemos observar qual a sua eficácia na gestão da depressão no pós-parto, nomeadamente, se atenua a sintomatologia de mulheres com esta patologia no pós-parto e quais os benefícios a nível emocional. Surge assim, neste contexto, a proposta da seguinte questão: Qual a influência da prática de exercício físico na depressão pós-parto?

A próxima etapa destina-se à procura de evidência relevante que seja pertinente na resposta à questão. Os descritores MeSH utilizados na pesquisa foram: *postnatal depression* e *exercise*. Formulamos a frase booleana “*Postnatal depression*” AND “*exercise*”, e procedemos à pesquisa nas seguintes bases de dados: Academic Search Complete; Business Source Complete; CINAHL Complete; CINAHL Plus with Full Text; ERIC; Library, information Science & Technology Abstracts; MedicLatina; MEDLINE with Full Text; Psychology and Behavioral Sciences Collection; Regional Business News; SPORTDiscus with Full Text; PubMed. A escolha do descritor “*exercise*” em detrimento do “*physical activity*” baseou-se na quantidade de artigos da pesquisa encontrados.

Considerando os seguintes critérios de inclusão e exclusão direcionamos a pesquisa para dar resposta à questão de forma mais concreta. Procedemos à inclusão de estudos cujas puérperas participantes tivessem sintomas e/ou diagnóstico de depressão pós-parto; com ou sem hábitos regulares de prática de exercício físico; estudos com texto completo

disponível e publicados nos últimos 10 anos; estudos realizados no período pós-parto até um ano e que fossem de língua inglesa, espanhola e/ou portuguesa. Relativamente aos critérios de exclusão, estes englobam puérperas com história prévia de problemas psiquiátricos relevantes (depressão major).

Na fase que se segue, através da leitura dos títulos, palavras-chave e resumo dos artigos seleccionados, realizamos uma pré-selecção dos mais adequados para dar resposta à questão. A quarta fase deste percurso implica uma análise crítica dos artigos, “uma abordagem organizada para ponderar o rigor e características de cada estudo” (Souza et al., 2010, p. 104).

### **3.4 Resultados**

Na base de dados da EBSCO Host resultaram da pesquisa efetuada 118 artigos, sendo que da base de dados PubMed resultaram 19. Dos 137 artigos que foram seleccionados para o programa Zootero, foram excluídos 76 por serem duplicados, sendo que no total ficaram 61 artigos. Após esta selecção, procedemos à leitura de todos os títulos e resumos, excluindo os que não se verificavam pertinentes para a pesquisa, dos quais resultaram assim 18 artigos pré-seleccionados.

Deparamo-nos também com a dificuldade de clarificar os conceitos de exercício físico e atividade física em alguns artigos, pelo que consideramos igualmente os dois conceitos.

Após análise mais aprofundada, ficaram seleccionados apenas 5 artigos para uma análise integral do estudo, uma vez que correspondem de forma mais clara à questão e, por outro lado, apresentam maior evidência científica.

Segundo Evans (2003), a hierarquia face à evidência científica é uma forma de organizarmos os diferentes tipos de pesquisa de acordo com a sua validade e confiança, para que os resultados sejam aplicados e melhorem a qualidade dos cuidados prestados. A revisão sistemática da literatura é a metodologia que se caracteriza por apresentar os melhores resultados científicos com menos ocorrência de erro, sendo a metodologia ideal para a formulação de *guidelines* e recomendações para a prática clínica.

Segundo os níveis de evidência de Hockenberry et al. (2006), da classificação dos artigos seleccionados resultaram quatro artigos com nível de evidência Ib, dois com o nível Ia e um com nível III. Segundo o mesmo autor, a revisão sistemática da literatura e/ou meta-análise de ensaios aleatórios controlados têm maior relevância científica, classificando-se



com o nível Ia. Os de nível Ib caracterizam-se pela evidência obtida a partir de, pelo menos, um ensaio clínico. Já os de nível III, que se encontram num nível de evidência inferior, englobam os estudos descritivos. Neste caso, foi incluído apenas um estudo que contempla esse mesmo nível.

TABELA 1: Análise dos artigos a integrar a Revisão Integrativa da Literatura

Autor	Publicação/País	Objetivo	Metodologia	Conclusões	Níveis de evidência
Demissie et al.	2011 Carolina do Norte	Determinar qual a associação entre a prática de exercício físico de intensidade moderada com os sintomas de depressão pós-parto.	<p>Estudo Prospetivo de Coorte</p> <p>A amostra do estudo contemplou 550 puérperas que participaram num estudo designado “Pregnancy, infection, and Nutrition Postpartum Study”. Incluía puérperas cujo parto tivesse ocorrido entre Outubro de 2002 e Dezembro de 2005.</p> <p>O estudo consistiu na realização de uma entrevista no domicílio onde se pretendia conhecer alguns hábitos de saúde, incluindo a prática de atividade física e sua regularidade, como também era aplicada a Escala de depressão pós-parto de Edimburgo. Após 12 meses, realizaram outra entrevista semelhante à primeira e compararam os resultados.</p>	As associações entre a prática de atividade física e os sintomas de depressão pós-parto dependiam do tipo de atividade realizada, pelo que não conseguiram chegar a conclusões específicas. Sugerem a realização de novos estudos.	Nível III
Dritsa et al.	2008 Canadá	Avaliar a eficácia de um programa de exercícios (prescrito individualmente, que contempla exercícios aeróbios), realizados em casa, na redução da fadiga mental e física nas mulheres com depressão pós-parto.	<p>Estudo controlado randomizado.</p> <p>Foram selecionadas 88 puérperas (cujo score da Escala de depressão pós-parto de Edimburgo tivesse sido &gt; ou = a 10), alocadas aleatoriamente em dois grupos: um que realizaria um programa de exercícios e outro de controlo.</p>	A fadiga é um sintoma tipicamente presente nos casos de pós-parto. Concluíram com o estudo que a fadiga, seja mental ou física, pode ser reduzida nos casos de depressão pós-parto, no grupo que realizou o programa de exercícios	Nível Ib

Daley et al.	2012 Estados Unidos	Determinar se a intervenção do exercício físico (através de exercícios personalizados e suporte telefónico) nos cuidados pós-parto, relativamente aos cuidados habitualmente realizados reduz os sintomas na depressão pós-parto.	Estudo controlado randomizado.  Foram selecionadas 208 puérperas com depressão pós-parto diagnosticada, alocadas aleatoriamente no grupo pós-parto que inclui, ou não, a prática de exercício físico.	Refletem que será necessário aprofundar a investigação na área, contudo, o seu estudo contribui para salientar que a prática de exercício físico é benéfica no tratamento da depressão pós-parto. Verifica-se uma melhoria da saúde mental e bem-estar nestas mulheres.	Nível Ib
Daley et al.	2009 Estados Unidos	Avaliar a eficácia do exercício físico na gestão da depressão pós-parto.	Revisão sistemática de estudos controlados randomizados.  Selecionaram estudos controlados randomizados que comparavam a prática de exercício físico com outros tratamentos ou mesmo nenhum tratamento nas mulheres com depressão pós-parto.  Foram incluídos apenas 5 estudos.	Com a comparação entre a realização de exercício ou a não realização, verificou-se a redução dos sintomas de depressão pós-parto. Devido à heterogeneidade encontrada, não foi possível concluir que o exercício físico reduz sintomas de depressão no pós-parto. Apela à realização de mais estudos acerca do tema.	Nível Ia
Daley et al.	2007 Estados Unidos	Avaliar o potencial da prática de exercício físico como efeito adjuvante no tratamento da depressão.	Revisão da literatura.  A pesquisa levou à inclusão de 2 pequenos estudos controlados randomizados, e outros estudos não controlados e observacionais.	Apesar dos estudos incluídos demonstrarem que há benefícios na prática de exercício físico como tratamento da depressão pós-parto, estes estudos	Nível Ib

				têm baixo nível de evidência, pelo que é necessária a realização de mais investigação.	
--	--	--	--	--	--

Níveis de evidência de Hockenberry et al. (2006): Ia – Revisões sistemáticas e meta-análises de ensaios aleatórios randomizados; Ib – Evidência de pelo menos um ensaio clínico; IIa – Evidência de pelo menos um ensaio clínico não aleatório; IIb – Evidência de pelo menos outro tipo de estudo quase-experimental não aleatório; III – Estudos descritivos; IV – Relatórios de opinião ou relatórios de comitês de peritos.

### 3.5 Discussão

Independentemente do tipo de pesquisa dos artigos selecionados, a interpretação e a discussão dos resultados é uma das últimas etapas da revisão integrativa da literatura. Pretendemos assim refletir sobre os dados obtidos de forma a alcançar uma resposta para a questão norteadora (Jenal et al., 2012).

A depressão pós-parto é uma condição de saúde que afeta cerca de 10% a 15% das mulheres (Daley et al. 2009; Lewis et al., 2012; Daley et al., 2012).

Carateriza-se por sintomas como tristeza, diminuição de interesse nas atividades, alterações no apetite, insónia, fadiga, sentimentos de culpa, irritabilidade, diminuição da concentração, baixa autoestima, baixa autoconfiança e ideação suicidas (Daley et al., 2007; Daley et al., 2012; Lewis et al., 2012).

A depressão tem repercussões graves, quer pessoais, quer familiares. No que concerne à interação com o RN, que fica comprometida, pode levar ao abandono precoce da amamentação, à inexistência ou fraca ligação mãe-filho, refletindo-se posteriormente no desenvolvimento cognitivo, emocional e social da criança (Daley et al., 2012).

A terapia farmacológica e a psicológica são as opções de tratamento mais reconhecidas, no entanto, existe procura pelas estratégias alternativas. Molyneaux et al. (2014), numa revisão realizada pela Cochrane Review, referem que os antidepressivos são o tratamento de primeira linha, contudo, e mais propriamente no período pós-natal, não há muita evidência que comprove que a sua utilização é completamente segura.

Relativamente à eficácia da terapia psicológica e psicossocial, Dennis e Dowswell (2013) constataram que as mesmas são benéficas no que concerne à diminuição da incidência da depressão pós-parto. Salientam aqui a importância do investimento dos profissionais na prevenção, trabalhada em conjunto com as mulheres sobretudo após o parto.

Ainda assim, as estratégias acima referidas nem sempre estão à disposição das mulheres e, uma grande parte encontra-se renitente relativamente ao consumo fármacos. Centrando-nos na área do exercício físico como uma estratégia possível, segundo a ACOG (2015), um dos benefícios da prática de exercício no pós-parto é a prevenção da depressão, além de que previne as insónias, diminui o stress e aumenta a sensação de bem-estar. Aspetos como o *stress* e o cansaço excessivo, quando não atenuados, podem desencadear situações de depressão pelo que, sendo assim, o exercício ajuda a melhorá-las.

Sabe-se que no período pós-parto é relevante, para algumas mulheres, o peso ganho durante a gravidez, sendo por isso um aspeto influente na vertente emocional. Este aumento do peso pode levar a situações de obesidade, depressão e falta de autoestima. Recomenda-se assim a prática de exercício físico e uma alimentação adequada para que situações destas sejam evitadas (Amorim e Linne, 2012).

Alguns dos estudos selecionados utilizam a Escala de depressão pós-parto de Edimburgo, que se caracteriza como um instrumento de avaliação da depressão pós-parto. Já foi validada em Portugal e, quando o score é igual ou superior a 12, podemos estar perante uma situação de risco de desenvolver depressão pós-parto. Contudo, apenas nos indica a probabilidade e não a gravidade das situações (DGS, 2005).

Dritsa et al. (2008) realizaram um estudo, que pretendia verificar a eficácia de um programa de exercícios na diminuição da fadiga física e mental nas mulheres com depressão pós-parto. Utilizaram igualmente a Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo de modo a selecionar a amostra. Através de um estudo randomizado controlado dividiram as puérperas em dois grupos distintos e concluíram que as que praticaram exercício físico reduziram significativamente os níveis de fadiga física e mental. Referem que a fadiga é um sintoma comum na depressão que, quando não atenuada, pode agravar as situações de depressão.

Em 2007, um estudo levado a cabo por Daley et al. tinha como objetivo avaliar o efeito do exercício físico como tratamento coadjuvante no tratamento da depressão pós-parto. Refere a depressão como uma condição que reduz a qualidade de vida da pessoa. Reconhece que a prática de exercício tem vindo a ser cada vez mais utilizada como uma ferramenta útil no tratamento da depressão em geral. Assim, e atendendo aos estudos, concluíram que o exercício físico apresenta benefícios no tratamento da depressão pós-parto.

A mesma autora, já em 2009, realizou outro estudo para avaliar a eficácia do exercício físico na gestão da depressão pós-parto. Através de uma revisão sistemática da literatura e meta-análise, pretendeu explorar outra estratégia que ajudasse na gestão da depressão, uma vez que a relutância em tomar medicação é frequente no período pós-parto. Dessa análise concluiu que o exercício físico reduz a incidência da depressão pós-parto, ainda que o estudo tivesse algumas limitações.

Em 2012, novamente Daley et al., num estudo com 208 puérperas com depressão pós-parto, pretendeu explorar de que forma a implementação do exercício pós-parto e o apoio telefónico, nesse mesmo contexto, se distinguia relativamente aos cuidados habitualmente prestados. O estudo contribuiu para a ideia de que o exercício traz benefícios no que

concerne à gestão da depressão pós-parto. Evidenciaram-se vantagens para o bem-estar da puérpera, nomeadamente, melhorias da função vascular e na imagem corporal.

Por último, Demissie et al. (2010) pretenderam perceber de que forma a prática de atividade física influencia a depressão no pós-parto. Revelaram que o tipo de atividade física praticado foi influenciador, sendo que se tornou difícil alcançar resultados específicos.

### **3.6 Considerações finais**

De um modo geral, todos os estudos selecionados apresentam grandes limitações, tais como: amostras escassas; o não acompanhamento das puérperas por longo período e o facto de serem estudos sem grande fiabilidade. Desta forma, as conclusões obtidas não são específicas e claras para que possamos responder à questão em concreto e nos contornos que gostaríamos.

Sabe-se que, após reflexão de todos os artigos no que concerne à gestão da depressão no pós-parto, reconhecemos os benefícios da prática de exercício físico. Em jeito de conclusão global, deparamo-nos com a necessidade de mais estudos na área, que sejam realizados com amostras maiores e que se revelem de maior evidência científica.

Não foram observadas considerações que resultassem em aspetos negativos face à prática de exercício. Salienta-se ainda a perspetiva relativa ao tipo de exercício executado, que pode também influenciar os resultados pretendidos.

No que concerne ao apoio dos profissionais da saúde no período pós-parto, este deve ser mais intenso e organizado, no sentido de realizar atividades/projetos que potenciem o acompanhamento destas famílias por tempo mais prolongado. Intervenções adequadas ao longo da gravidez e do pós-parto podem ser decisivas para a prevenção destas situações. Organizar projetos que visem a prática quer individual, quer conjunta, de atividade física, poderá ser uma mais-valia para as utentes. A convivência com os pares pode potenciar o interesse nestes projetos e, assim, resultar em ganhos em saúde.

#### **4. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA ACERCA DO ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE**

Em concordância com o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica, publicado em Diário da Republica (Decreto Lei n.º 35/2011, de 18 de Fevereiro), verifica-se que a atuação do EESMO engloba várias fases do ciclo vital. Assumem assim a responsabilidade das intervenções prestadas no âmbito do planeamento familiar e contraceção, na gravidez, no parto, no puerpério, no climatério, na ginecologia e também na comunidade. Assumem igualmente a responsabilidade para intervir autonomamente, em situações de baixo risco, assim como também intervém de forma interdependente.

Foi através do estágio profissionalizante que conseguimos adquirir conhecimentos especializados e aplica-los na prática. As várias oportunidades de intervenção tornaram-se ótimos momentos de aprendizagem e de crescimento não só profissional como também pessoal.

No processo de melhoria da qualidade dos cuidados prestados a evidência científica foi uma ferramenta crucial. A procura pela informação mais recente, a reflexão acerca das práticas e a mudança face aos cuidados de saúde, foi sempre algo trabalhado ao longo do tempo. A investigação e a curiosidade por evoluir é algo valioso na profissão em que nos inserimos, uma vez que há constante evolução dos conhecimentos que exige que nos preocupemos pela melhoria contínua. Problematicar e refletir acerca da teoria em contexto da prática é fundamental, pois é através destes exercícios que aprendemos a dar pequenos passos no crescimento da nossa profissão, e da nossa qualidade enquanto prestadores de cuidados.

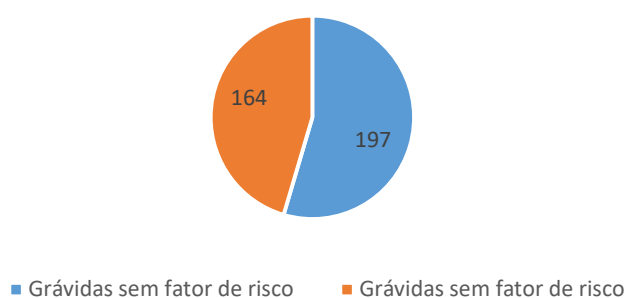
Ao longo do processo formativo exigido pelo MESMO foi necessário o cumprimento de algumas competências específicas para atingir os requisitos necessários ao reconhecimento dos conhecimentos e capacidades desenvolvidas no âmbito da SMOG. O Decreto de Lei n.º 44/2009, de 4 de Março, publicado em Diário da República, determina os requisitos para a aquisição do título de EESMO, pretende que o aluno: realize o acompanhamento de pelo menos 100 parturientes; preste cuidados a 40 parturientes sendo que deve executar pelo menos 40 partos eutócicos; na impossibilidade de cumprir o requisito anterior, deve realizar 30 partos eutócicos mais 20 assistidos; deverá ter participação ativa em partos de apresentação pélvica ou, na impossibilidade, deve realizar formação e simulação em contexto de sala de aula; praticar a execução de episiotomia assim como iniciar a prática de



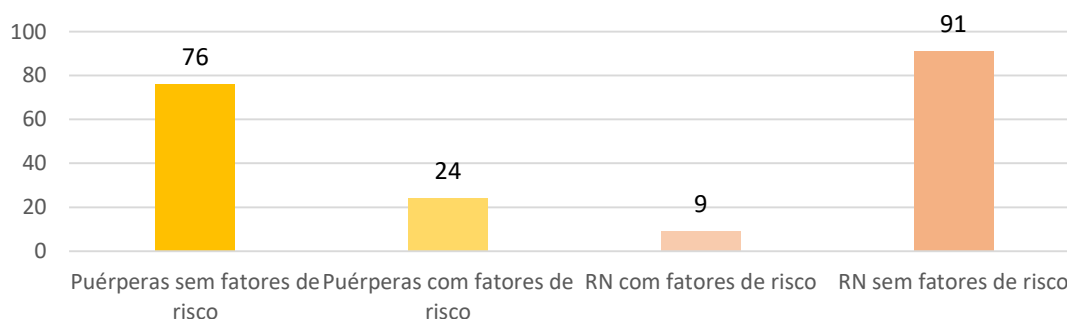
sutura; prestar cuidados a 40 mulheres em situação de risco, antes ou após o parto; prestar cuidados a pelo menos 100 puérperas e RN saudáveis assim como a RN e a mulheres de risco seja no âmbito da obstetrícia e/ou ginecologia.

Seguidamente apresentam-se os dados obtidos face aos cuidados prestados, de forma a demonstrar de forma simplificada as experiências alcançadas. Relativamente à execução de partos em apresentação pélvica, não foi possível executar participação ativa. Contudo, verificou-se a aquisição das competências e aprendizagem através da simulação em contexto de laboratório.

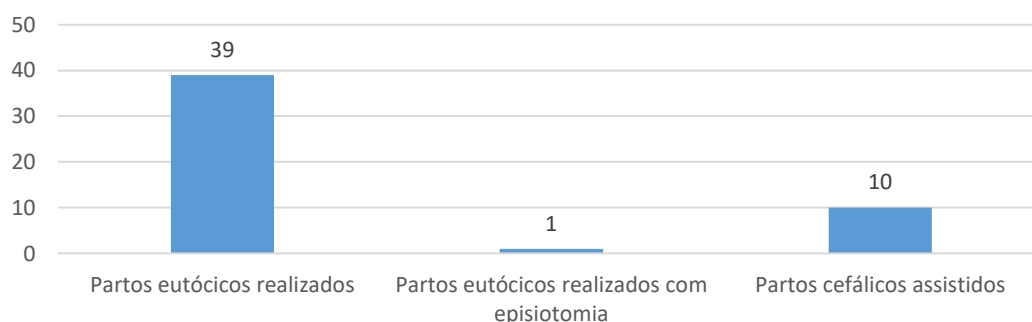
**FIGURA 1: Prestação de cuidados às grávidas no decorrer do estágio**



**FIGURA 2: Prestação de cuidados às puérperas e RN**



**FIGURA 3: Experiências no contexto do TP e parto**



## CONCLUSÃO

O presente relatório surge em contexto do estágio de natureza profissional, realizado no âmbito do MESMO, permitindo que as intervenções realizadas e as competências adquiridas fossem não só descritas mas também refletidas.

Transparece de forma crítica e clara todo o trabalho desenvolvido ao longo de um ano, no contexto das competências específicas de um EESMO. Assim, os módulos anteriormente apresentados evidenciaram as várias áreas de atuação do EESMO, sendo a gravidez, o parto e o pós-parto as áreas que foram do nosso maior interesse. A prática baseada na evidência, foi sempre um requisito, que nos permitiu evoluir enquanto profissional, e que permitiu que as nossas práticas fossem sempre as mais seguras e eficazes. A constante procura e interesse na mais recente evidência promove uma prática atualizada e aprimorada, no sentido dos casais/famílias poderem confiar, cada vez mais nos profissionais que os acompanham.

A experiência na prestação dos cuidados específicos em contraste com o conhecimento adquirido, previamente, pretende que consigamos evoluir construtivamente na forma como trabalhamos e como escolhemos trabalhar.

No sentido de contribuir para esta progressão na qualidade nos cuidados, também a investigação surgiu associada. Sem a investigação não se produzem novos conhecimentos nem práticas obstétricas com qualidade, devemos sim apostar em desenvolvê-la. O tema do exercício físico, face à depressão materna no pós-parto, foi um tema de interesse, embora a pesquisa não tenha sido fácil, uma vez que a pesquisa resultou em poucos artigos. Além disso, a curiosidade em saber mais sobre o assunto para mais tarde poder usufruir desse conhecimento para outros projetos envolvidos na área, incentivou a uma procura mais específica e cuidada. Na análise dos artigos selecionados encontramos benefícios na sua execução na gestão da depressão, nomeadamente, na atenuação de sintomas e promoção de um estilo de vida saudável, física e psicologicamente. Sabemos que, por outro lado, a qualidade da evidência e outros aspetos influenciadores, impediram a realização de conclusões mais específicas.

A gravidez e a transição para a parentalidade é algo cada vez mais planeado e desejado, onde muitas vezes há um grande investimento emocional. É uma fase muitas vezes vivida com grande ansiedade e cuidado para que se atinja o idealizado. Por isso, cada vez mais o EESMO desempenha um papel de responsabilidade e versatilidade no sentido de corresponder a todas as exigências e expectativas. Problematicar as práticas é uma forma de

desenvolver novos caminhos, que sejam mais completos e de maior qualidade. Cada vez mais desempenhamos um papel preponderante na prestação de cuidados e daí o dever de evidenciar a qualidade do que fazemos. O planeamento cuidadoso dos diagnósticos e intervenções realizadas, a capacidade de avaliar o que executamos e adaptarmos conforme as necessidades do casal/família que cuidamos é preponderante. Muito importante ainda é a forma e a importância que depositamos nos registos dos cuidados, porque é crucial que reflita tudo o que fazemos e o quanto investimos.

Os objetivos inicialmente propostos foram cumpridos. Ir mais além do que cumprir o proposto é ter a certeza que todo o trabalho realizado ofereceu frutos no crescimento pessoal e profissional. Tudo o que foi adquirido será aproveitado para continuar a praticar a enfermagem, mais propriamente na prática obstétrica, de forma personalizada e com qualidade. Como objetivo futuro fica a certeza de que o trabalho constante e a sede por mais e melhor evidência científica refletida nos cuidados, irá sempre fazer parto do caminho.

Todo este percurso teórico-prático, por ser feito em simultâneo, permite que sejamos capazes de elaborar o nosso próprio pensamento crítico e consequente tomada de decisão. A filosofia de trabalho com a qual nos identificamos e trabalhamos, quando suportada pela evidência científica, não pode ser contestada. Ainda assim, é da nossa responsabilidade que essas práticas sejam executadas, promovidas e incentivadas para que se possa fazer magia, nesta área tão especial.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AASHEIM, V.,[et al.] – *Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma (Review)*. Cochrane Database of Systmatic Reviews, 2011.

AKOBENG, A. – *Principles of evidence based medicine*. Arch Dis Child, Vol.90, 2005. p. 837-840.

ALFIREVIC, Z. [et al.] – *Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour (Review)*. Cochrane Database of Systmatic Reviews, 2017.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS – *Controversies concerning vitamin K and the newborn*. Pediatrics: Official Journal of the AAP, Vol.112, nº1, 2003. p. 191-192.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS – *Ten steps to support parent's choice t breastfeed their baby*. AAP. 2014

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS – *Delayed umbilical cord clamping after birth*. Committee opinion, nº684, 2017.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS – *Frequently asked questions: Cesarean birth (C-section)* 2015. Disponível na internet em: <URL: <https://www.acog.org/Patients/FAQs/Cesarean-Birth-C-Section>>.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS – *Frequently asked questions: Exercise after Pregnancy*. 2015. Disponível na internet em: <URL: <https://www.acog.org/Patients/FAQs/Exercise-After-Pregnancy.htm>>.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS – *Frequently asked questions: Exercise during pregnancy*. 2016. Disponível na internet em: <URL: <https://www.acog.org/Patients/FAQs/Exercise-During-Pregnancy>>.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS – *Frequently asked questions: Fetal Heart Rate Monitoring During Labor*. American College of Obstetricians and Gynecologists, 2011. Disponível na internet em: <URL <https://www.acog.org/~media/For%20Patients/faq015.pdf>>.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS – *Frequently asked questions: Labour Induction*. American College of Obstetricians and Gynecologists, 2013. Disponível na internet em: <URL <https://www.acog.org/~media/For%20Patients/faq154.pdf>>.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS – *Frequently asked questions: Postpartum depression*. American College of Obstetricians and Gynecologists, 2013. Disponível na internet em: <URL <https://www.acog.org/Patients/FAQs/Postpartum-Depression>>.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS – *Hypertension in Pregnancy*. American College of Obstetricians and Gynecologists, 2013.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS – *Physical activity and exercise during pregnancy and postpartum period*. Committee opinion, nº650, 2015.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS – *Screening for perinatal depression*. Committee opinion, nº630, 2015.

AMORIM, A.A.R; LINNE, Y.M. – *Diet or exercise, or both, for weight reduction in women after childbirth (Review)*. John Wiley & Sons, Ltd: The Cochrane Collaboration, 2013.

BABER, K. – *Promoting maternal-newborn bonding during the postpartum period*. Liberty University. 2015. Tese de Mestrado.

BARBOSA, R. [et al.] – Rede de apoio social à mulher no período puerperal. Rev. Min. Enferm., Vol.9, nº4, 2005. p. 361-366.

BARRADAS, A.; SALGUEIRO, E. – *Episiotomia: realização seletiva ou rotineira?*. Ordem dos Enfermeiros, 2012. Disponível na internet em: <URL [http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MaternidadeComQualidade/INDICADOR\\_Episiotomia\\_ProjetoMaternidadeComQualidade.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MaternidadeComQualidade/INDICADOR_Episiotomia_ProjetoMaternidadeComQualidade.pdf)>.

BRAZELTON, T.B; SPARROW, D.J. – *O método Brazelton: A criança e o choro*. 5ª Edição. Lisboa: Editorial Presença. 2011.

BRICKER L.; LUCKAS, M. – *Amniotomy alone for induction of Labour*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2012.

BROCKINGTON, I. – *Postpartum psychiatric disorders*. The Lancet, Vol.363, 2004. p-303-310.  
CANTILINO, A. [et al.] – *Transtornos psiquiátricos no pós-parto*. Rev. Psiqu. Clin., Vol.37, nº6, 2009. p.278-284.

CHOW, S. [et al.] – *The use of nipple shields: a review*. Frontiers in Public Health, Vol.3 nº236, 2015. Disponível na internet em: <URL <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4607874/pdf/fpubh-03-00236.pdf>>.

COONEY, G. M., [et al.] – *Exercise for depression (Review)*. John Wiley & Sons, Ltd: The Cochrane Collaboration, 2013.

COUTO, A., et al. *Consenso “Diabetes gestacional”: atualização 2017*. Revista Portuguesa de Diabetes, Vol. 12, p.24-38, 2017.

DALEY, A., [et al.] – *The effectiveness of exercise as a treatment for postnatal depression: study protocol*. BCM Pregnancy & Childbirth, 2012. p.12-45. Disponível na internet em: <URL: <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/12/45>>.

DALEY, A., [et al.] - *The effectiveness of exercise in the management of post-natal depression: systematic review and meta-analysis*. UK: Oxford University Press, 2009. p. 154-162.

DALEY, A., [et al.] – *The role of exercise in treating Postpartum Depression: A review of the literature*. The American College of Nurses-Midwives, Vol.52, nº1, 2007. p. 52-62.

DECRETO-LEI nº35. DR. II Série. Nº 35 (2011-02-18), pp.8662- 8666.

DECRETO-LEI nº9. DR. I Série. Nº44 (04-03-2009).

DEMISSIE, Z. [et al.] – *Associations between physical activity and postpartum depressive symptoms*. Journal of Women's Health, Vol.20, nº7, 2011. p. 1025-1034.

DENNIS, C.L.; DOWSWELL, T. – *Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression (Review)*. John Wiley & Sons, Ltd: The Cochrane Collaboration, 2013.

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE – *Alimentação e Nutrição na gravidez*. Lisboa: Direção Geral da Saúde. 2015.

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE – *Indução do Trabalho de Parto*. Circular Normativa nº002/2015 de Jan., 2015.

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE – *Programa Nacional para a vigilância da gravidez de baixo risco*. Lisboa: Direção Geral da Saúde. 2016

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE – *Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância: Manual de Orientação para Profissionais de Saúde*. Lisboa: Direção Geral da Saúde, 2005.

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE – *Vacinação de crianças (<6 anos de idade) pertencentes a grupos de risco para a tuberculose com a vacina BCG*. Circular Normativa nº001/2016 de Dez., 2016.

DORES, J; ALMEIDA, M.C; VICENTE, L; PAIVA, S; SOCIEDADE PORTUGUESA DE ENDOCRINOLOGIA; DIABETES E METABOLISMO; SOCIEDADE PORTUGUESA DE DIABETOLOGIA; SOCIEDADE PORTUGUESA DE OBSTETRÍCIA E MEDICINA MATERNO-FETAL; SECCÃO DE NEONATOLOGIA DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA – *Relatório de Consenso sobre Diabetes e Gravidez*. SPP, 2011

DOWNE, S. [et al.] – *Routine Vaginal Examination for assessing progress of labour to improve outcomes for women and babies at term (Review)*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2013.

DRITSA, M., [et al.] – *Effects of home-based exercise intervention on fatigue in postpartum depressed Women: results of a Randomized Controlled Trial*. The society of Behavioral Medicine, Vol. 35, 2008. p. 179-187.

DUNSTAN, P. – *Calm the crying*. London: Penguin Books. 2012.

EARLS, M. – *Clinical Report – Incorporating Recognition and Management of Perinatal and Postpartum Depression Into Pediatric Practice*. American Pediatrics Association (APA), 2010.

EVANS, D. – *Hierarchy of evidence: a framework for ranking evidence evaluating healthcare interventions*. Austrália: University of Adelaide, 2003.

FERNANDES, J., [et al.] – *Quadro Clínico e tratamento da dermatite da área das fraldas – Parte II*. Anais Brasileiros de Dermatologia, Vol.84, nº1, 2009. p. 47-54.

FERNANDES, N.; SILVA, E. – *Vivência dos pais durante a hospitalização do recém-nascido prematuro*. Revista de Enfermagem de Referência, nº4, 2015. Disponível na internet em: <URL <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14032>>.

FERREIRA, M. – *A comunicação no cuidado: uma questão fundamental na enfermagem*. Revista Brasileira de Enfermagem, Vol.59, nº3, 2006. p.327-330.

FERREIRA, C. – *Os bebés também querem dormir*. Lisboa: Matéria Prima. 2015.

FESTILĂ, D., [et al.] – *Suckling and non-nutritive sucking habit: what should we know?* Clujul Medical, Vol.87, nº1, 2014. p. 11-14.

FITELSON, E., [et al.] – *Treatment of postpartum depression: clinical, psychological, and pharmacological options*. International Journal of Women's Health, Vol.3, 2011. p.1-14.

GRAÇA, L.M. [et al.] – *Medicina Materno-fetal*. 4ª edição. Lisboa. Lidel, 2010.

GRAÇA, L. [et al.] – *Medicina Materno-Fetal*. 4ª Edição. Lisboa: Lidel, 2011.

GRIEGER, J., CLIFTON, V. *A Review of the Impact of Dietary Intakes in Human Pregnancy on Infant Birthweight*. Journal Nutrients, Vol.7, p.153-178, 2015.

GRIVELL, R.M. [et al.] – *Antenatal Cardiotocography for fetal assessment (Review)*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2013.

HANNA, S. [et al.] – *A description of breast-feeding outcomes among U.S mothers using nipple shields*. Midwifery, Vol.29, nº6, 2013. p.616-621.

HARUNA, M., et al. *Guided imagery for treating hypertension in pregnancy*. Cochrane Systematic Reviews. 2014

HOCKENBERRY, M., et al. - *Implementing evidence-based practice in a pediatric hospital*. Pediatric Nursing. 2006, Vol.32, pp. 371-377.

IMDAD, A., [et al.] – *Umbilical cord antiseptics for preventing sepsis and death among newborns*. John Wiley & Sons, Ltd: The Cochrane Collaboration, 2015.

JAAFAR, S.H., [et al.] – *Effect of restricted pacifier use in breastfeeding term infants for increasing duration of breastfeeding (Review)*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2016.

JENAL, S., [et al.] – *O processo de Revisão por pares: uma revisão integrativa de literatura*. Acta Paul Enferm., Vol.25, nº5, 2012. p. 802-808.

JONES, L. [et al.] – *Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2012

KAIR, L.R., [et al.] – *Pacifier restriction and Exclusive Breastfeeding*. American Academy of Pediatrics, 2013.

KARP, H. – *O bebé mais feliz do mundo*. 1ª Edição. Lisboa: Livros d’hoje. 2014.

KETTUNEN, P., [et al.] – *The connections of Pregnancy, Delivery, and infant related Risk Factors and Negative life Events on Postpartum Depression and Their Role in first recurrent depression*. Hindawi Publishing Corporation, 2016. p. 1-7. Disponível na internet em: <URL <http://dx.doi.org/10.1155/2016/2514317>>.

KRONBORG, H., [et al.] – *Why do mothers use nipple shields and how does this influence duration of exclusive breastfeeding*. Maternal & Child Nutrition, Vol.13, nº1, 2016. Disponível na internet em: <URL <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26799605>>.

KULKARNI, B., [et al.] – Nutricional influences over the life course on lean body mass of individuals in developing countries. Nutricion Reviews, Vol.72, nº2, 2014 p.190-204.

LAI, M., [et al.] – *Effects of delayed pushing during the second stage of labor on Postpartum Fatigue and Birth outcomes in nulliparous women*. Journal of Nursing Research, Vol.17, nº1, 2009. p. 62-72.

LEDUC, D. [et al.] – *Induction of Labour*. Journal of Obstetrics and Gynaecology of Canada. Vol.35, nº296, 2013. p. 1-18.

LEMOS, A., [et al.] – *The valsalva maneuver duration during labor expulsive stage: repercussions on the maternal and neonatal birth condition*. Revista Brasileira de Fisioterapia, Vol.15, nº1, 2011. p. 66-72.

LEVY, L.; BÉRTOLO, H. – *Manual de Aleitamento Materno*. 2012. Disponível na internet em: <URL [https://www.unicef.pt/docs/manual\\_aleitamento\\_2012.pdf](https://www.unicef.pt/docs/manual_aleitamento_2012.pdf)>.

LOPEZ, J.; [et al.] – *Prophylatic vitamin K for vitamin K deficiency bleeding of thenewborn*. Farmacia Hospitalaria, Vol.35, nº3, 2011. p. 148-155.

LOWDERMILK, D.; PERRY, S. - *Enfermagem na Maternidade*. 7ªEd. Loures, Lusodidacta, 2008.

MACHADO, M. [et al.] – *Determinantes do abandono do Aleitamento Materno exclusivo: fatores psicossociais*. Revista Saúde Pública, Vol.48, nº6, 2014. p.985-994.

MAMMARO, A., et al. *HYPERTENSIVE DISORDERS IN PREGNANCY*. Journal of Prenatal Medicine, Vol.3, p.1-5. 2009.

MARIO, S. – *Pacifiers and Breastfeeding*. Breastfeeding Briefs: International Baby Food Action Network (IBFAN), nº54, 2014.

MARQUES, J.; REYNOLDS, A. – *Distócia de ombros: uma emergência obstétrica*. Acta Médica Portuguesa, nº24, 2011. p. 613-620.

MCKECNIE, A.; EGLASH, A. – *Nipple Shields: A review of the literature*. Breastfeeding literature. Vol.5, nº6, 2010. Disponível na internet em: <URL <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3014757/pdf/bfm.2010.0003.pdf>>.

MELEIS, A. – *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company. 2010.



MENDES, K. [et al.] – *Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem*. Texto Contexto Enferm., Vol.17, nº4, 2008. p. 758-764.

MOLYNEAUX, E., [et al.] – *Antidepressant treatment for postnatal depression (Review)*. John Wiley & Sons, Ltd: The Cochrane Collaboration, 2014.

MONTEGRO, N. [et al.] – *Protocolos de Medicina Materno-Fetal*. 3ª Edição. Lisboa: Lidel, 2014.

MOORE, J., MCDERMOTT, J. – *Every Newborns Health: Recommendations for care for all newborns*. U.S: Save the Children, 2004.

MORRIS, J., [et al.] – *Maternal Health Practices, beliefs and traditions in Southeast Madagascar*. African Journal of Reproductive Health, Vol.13, nº3, 2014. p. 101-117.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE – *Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance*. Clinical Guideline, 2014.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE – *Hypertension in Pregnancy: diagnosis and management*. Clinical Guideline. 2010.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH CARE MANAGEMENT (NIHCM) – *Identifying and treating maternal depression: strategies & considerations for health plans*. NICHM Foundation, 2010. Disponível na internet em: <URL [https://www.nihcm.org/pdf/FINAL\\_MaternalDepression6-7.pdf](https://www.nihcm.org/pdf/FINAL_MaternalDepression6-7.pdf)>.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE – *Intrapartum care for healthy women and babies*. Clinical Guideline. 2014. Disponível na internet em: <URL <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/resources/intrapartum-care-for-healthy-women-and-babies-pdf-35109866447557>>.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE – *Intrapartum care*. Quality Standard, 2014. Disponível na internet em: <URL <https://www.nice.org.uk/guidance/qs105/resources/intrapartum-care-pdf-75545239323589>>.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE – *Postnatal care*. Quality Standard, 2014.

NEAL, J. [et al.] – *Active Labour Duration and Dilation rates among low-risk, nulliparous women with spontaneous labor onset: a systematic review*. Midwifery Womens Health. Vol.55, nº4, 2010. p. 308-318.

NEWMAN, J. – *Neural circuits underlying crying and cry responding in Mammals*. Behav Brain Res., Vol.182, nº2, 2007. p.155-165.

OFFICE ON WOMEN'S HEALTH (OWH) – *Your guide to breastfeeding*. OWH, 2017. Disponível na internet em: <URL <https://www.womenshealth.gov/files/documents/your-guide-to-breastfeeding.pdf>>.

OLADAPO, O.T.; FAWOLE, B. – *Treatments for supression of lactation*. Cochrane Database of Systmatic Reviews, 2012.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Livro de bolso: Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/ Pateiras*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2015.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) – *Recomendações da OMS para a prevenção e tratamento da hemorragia pós-parto*. Organização Mundial da Saúde. 2014.

POLISSENI, M., RIBEIRO, L. – *Exercício físico como fator de proteção para a saúde em servidores públicos*. Rev Bras Med Esporte, Vol.20, nº5, 2014. p.340-344.

POUSA, T. – *Saberes e competências do pai, com preparação para o parto, durante o trabalho de parto e parto: Contributos para a prática de Enfermagem*. Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras, nº13, 2013. p. 48-51.

QUATTRIN, R., [et al.] – *70% Alcohol Versus Dry Cord Care in the Umbilical Cord: A case-control study in Italy*. Medicine Journal, Vol.95, nº14, 2016. p. 1-5.

RAI, S., [et al] – *Postpartum psychiatric disorders: early diagnosis and management*. Indian Journal of Psychiatric, Vol.52, 2015.

ROSS, E. – *Maternal-Fetal attachment and engagement with antenatal advice*. British Journal of Midwifery, Vol.8, nº2, 2012. p. 566-575.

ROZITA, R. [et al.] – *A comparison of “Hands-off” and “Hands-on” Methods to reduce Perineal Lacerations: A randomized clinical trial*. The Journal of Obstetrics and Gynecology of India, Vol.64, nº6, 2014. p. 425-429.

ROYAL COLLEGE OF MIDWIVES – *Evidence Based Guidelines for Midwifery-Led care in Labour: Assessing Progress in Labour*. The Royal College of Midwives, 2012.

ROYAL COLLEGE OF MIDWIVES – *Evidence Based Guidelines for Midwifery-Led care in Labour: Second stage of Labour*. The Royal College of Midwives, 2012.

ROYAL COLLEGE OF MIDWIVES. *Maternal Emotional Wellbeing and Infant Development: A Good Practice Guide for Midwives*. The Royal College of Midwives: London. 2012.

ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS & GYNAECOLOGISTS –*Obstetric Cholestasis*. Green-Top Guideline. nº43, 2011.

ROYAL COLLEGE OF MIDWIVES –*Reaching out: involving fathers in maternity care*. The Royal College of Midwives, 2011.

ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS & GYNAECOLOGISTS – *Reduced fetal movements*. Green-Top Guideline. nº57, 2011.

SANDSTROM, A., [et al.] – *Durations of seconde stage of labor and pushing, and adverse neonatal outcomes: a population-based cohort study*. Journal of Perinatology, nº37, 2016. p. 236-242.

SANTOS, L. [et al.] - *Sentimentos de pais diante do nascimento de um recém-nascido prematuro*. Revista Enfermagem UFPE, Vol.1, nº2, 2007. p. 140-149.

SCARABEL, C. A. - *A experiência da puérpera com o parto prematuro e internação do seu recém-nascido numa Unidade de terapia Intensiva Neonatal: Estudo a partir da psicologia analítica*. 2011. Dissertação de mestrado

SHARMA, V.; SHARMA, P. – *Postpartum depression: Diagnosis and treatment issues*. J Obstet Gynaecol Can, Vol.43, nº5, 2012. p. 436-442.

SILVA, C., SARDO, D. – *Banho do recém-nascido: evidências*. Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras, nº14, 2014.

SINGATA, M., [et al.] – *Restricting Oral fluid and food intake during labour (Review)*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2013.

SOUTO, P. - *As expectativas associadas ao trabalho de parto*. Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras, nº16, 2015. p. 17-22.

SOUZA, M., [et al.] – *Revisão Integrativa: o que é e como fazer*. Einstein, Vol.8, 2010. p. 102-106.

TURAWA, E.B., [et al.] – *Interventions for preventing postpartum constipation (review)*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2015.

VILELAS, J.; JANEIRO, S. – *Transculturalidade: o enfermeiro com competência cultural*. Rev. Min. Enferm., Vol.16, nº1, 2012. p. 120-127.

WILLIAMS, J. – *Best Practice Guidelines for Mental Health Disorders in Perinatal Period*. British Columbia: BC Reproductive Mental Health Program, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – *Companion of choice during labour and childbirth for improved quality of care*. World Health Organization, 2016. Disponível na internet em: <URL <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250274/1/WHO-RHR-16.10-eng.pdf?ua=1&ua=1>>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – *Global recommendations on physical activity for health*. WHO, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – *Guideline: Delayed umbilical cord clamping for improved maternal and infant health and nutrition outcomes*. World Health Organization, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – *Implementation of the Baby-Friendly Hospital Initiative*. World Health Organization, 2013. Disponível na internet em: <URL [http://www.who.int/elena/bbc/implementation\\_bfhi/en/](http://www.who.int/elena/bbc/implementation_bfhi/en/)>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – *Infant and young child feeding*. World Health Organization, 2016. Disponível na internet em: <URL <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/en/>>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – *Recommendations on newborn health*. WHO Guidelines Review Committee, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – *Standards for Maternal and Neonatal Care: Birth and emergency Preparedness in Antenatal Care*. World Health Organization, 2006. Disponível na internet em: <[URL http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal\\_perinatal\\_health/emergency\\_preparedness\\_antenatal\\_care.pdf](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/emergency_preparedness_antenatal_care.pdf)>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – *WHO recommendations for induction of Labour*. World Health Organization, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – *Recommendations on newborn health*. Maternal, newborn, child and adolescent care: WHO guidelines committee, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – *Thinking Healthy: A manual for psychosocial management of perinatal depression*. WHO, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – *Thinking healthy: a manual for psychosocial management of perinatal depression*: WHO, 2015.

ZHANG, Y., ET AL. *Maternal Dietary Nutrient Intake and its Association with Preterm Birth: A case control study in Beijing, China*. Journal Nutrients, Vol.9, p.1-11, 2017.